ZESZYT JUBILEUSZOWY

dla upamiętnienia dwudziestolecia istnienia
Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego.

№ 1. Warszawa, Marzec 1931 Tom III.

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO, POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERJI.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 815-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 834-48.
Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 8.
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17.285.

WARSZAWA
1931.

Nr. 1. Warszawa, Marzec 1931. Tom III.

Gastrologja Polska

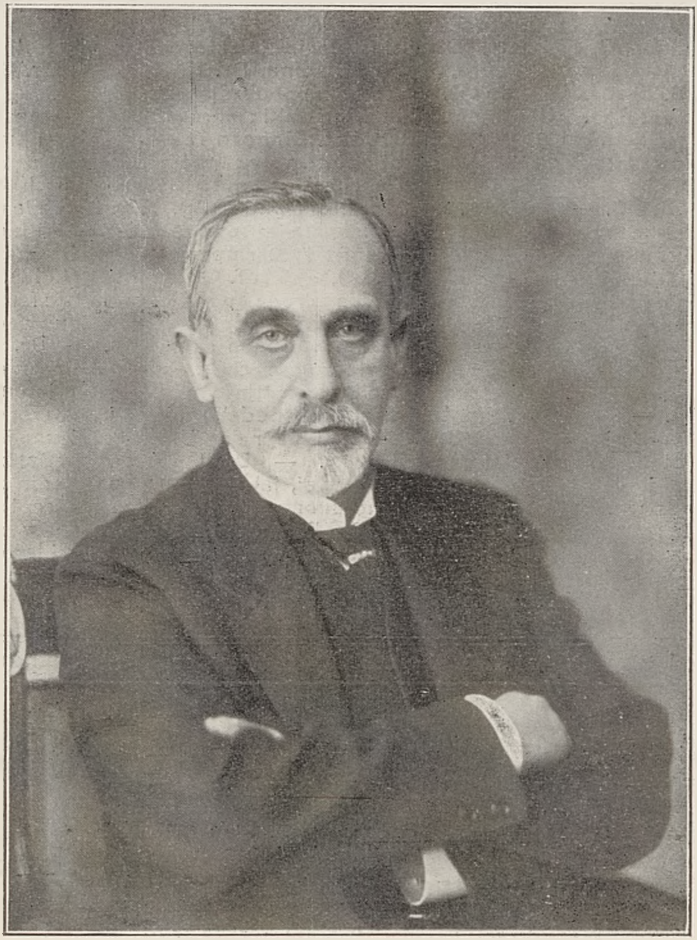
Redaktor: Dr. med. B. Wejnert | **Wydawca: Dr. I. Grundzach.**

ZESZYT JUBILEUSZOWY

DLA UPAMIĘTNIENIA DWUDZIESTOLECIA ISTNIENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO

Dwudziestolecie Polskiego Tow. Gastrologicznego.

W roku 1909 z inicjatywy ś. p. D-ra Mikołaja Rejchmana, przy pomocy kilku młodszych lekarzy warszawskich urządzone



Ś. P. Dr. Med. Mikołaj Rejchman

zostało Zebranie Organizacyjne dla powołania do życia instytucji, którąby miała na celu rozwój wiedzy o cierpieniach przewodu pokarmowego, i zadaniem której byłoby zgrupowanie wo-

koło siebie lekarzy poświęcających się tej specjalności, ustalenie między nimi łączności i dostarczenie terenu wymiany myśli. Na wyżej wspomnianem Zebraniu Organizacyjnem, po dłuższej dyskusji większością wszystkich głosów przeciw dwom postanowiono myśl powyższą w czyn wprowadzić i rozpocząć niezwłocznie posiedzenia, którym nadano nazwę „gastrologicznych". Był to niejako pierwszy krok dla spopularyzowania mało do owej chwili znanych i jeszcze mniej używanych terminów „gastrologja", „gastrologiczny". Ponieważ rząd zaborczy nie pozwalał na otwieranie nowych Towarzystw Polskich, trzeba było wyrzec się do czasu swej własnej firmy i przybrać formę i tytuł „Sekcji Gastrologów Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego". Z chwilą powstania tej Sekcji poraz pierwszy wyodrębniła się w Polsce oficjalnie Gastrologja, jako specjalność, de facto bowiem już od wielu lat nietylko istniała, lecz nawet posiadała szereg przedstawicieli o europejskiej sławie (Walery Jaworski, Mikołaj Rejchman i in.). Pod opiekuńczemi skrzydłami Tow. Lek. Warsz. w ciągu lat kilkunastu Sekcja Gastrologów rozwijała się pomyślnie, korzystając z zupełnej autonomji wewnętrznej i będąc tylko



Ś. P. Dr. Konstanty Sierpiński

formalnie i luźno z Tow. Lek. Warsz. związaną. Wraz z odrodzeniem Polski stało się możliwem usamodzielnienie Sekcji, co się też ziściło z chwilą urzędowego zarejestrowania „Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego“ w roku 1926. Oczywiście zaszła tu tylko zmiana nazwy, pozostał zaś ten sam zakres działania, te same cele, ci sami ludzie — nawet Prezydjum Sekcji przeszło do Towarzystwa w tym samym składzie i charakterze. Kierunek pracy w niczem nie został zmieniony, ani jej ciągłość przerwana. Jesteśmy więc w pełnym prawie stwierdzenia, iż Polskie Towarzystwo Gastrologiczne istnieje przeszło lat 20, choć część tego okresu musiało pracować pod inną chwilową firmą.

Pierwsze Prezydjum Sekcji Gastrologów stanowili M. Rejchman (prezes), Józef Zawadzki (vice-prezes) i W. Ròbin (sekretarz). Po śmierci pierwszego prezesa miejsce Jego zajął J. Grundzach, w kilka lat później K. Sierpiński, a po Jego śmierci znów Grundzach aż do roku ubiegłego, kiedy na własne żądanie opuścił to stanowisko, ustępując miejsca obecnemu Prezydjum w osobach B. Wejnerta (prezes), W. Róbina (vice-prezes) i F. Niewiadomskiego (sekretarz).

W swym rozwoju miało nasze Towarzystwo niekiedy całe okresy, w których lwią część czasu poświęcano zagadnieniom chirurgiczno-gastrologicznym, to znów rentgeniczno-gastrologicznym lub nowotworowym i t. p. Czasem szereg posiedzeń wypełniały szeregi pokazów, kiedyindziej znów szala przechylała się wyraźnie na stronę odczytów. Nieraz odbywaliśmy nasze posiedzenia w oddziałach szpitalnych, klinikach i pracowniach, korzystając z odnośnych zaproszeń, i poświęcając oczywiście posiedzenie materjałowi danego zakładu.

Przez cały ten czas do dnia dzisiejszego na przeszło 200 posiedzeniach wygłoszono z górą 230 odczytów i odbyło się przeszło 700 pokazów. Niepodobieństwem byłoby tu wyliczać je wszystkie. Aby dać jednak pewne pojęcie o całokształcie pracy, przytoczę tu dane z dwuch okresów naszej działalności: z pierwszych trzech lat i ostatnich pięciu.

W okresie trzech pierwszych lat odbyto 24 posiedzenia. Odczytów wygłoszono 20. Pokazów było 56.

Autorzy i tytuły prac były następujące:

1. Goldbaum. W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego ze stanowiska internisty.
2. Grundzach. O przepuklinie nadbrzusznej.
3. Janczurowicz. O dysenterji amebowej.
4. Judt. Rentgenoskopja dróg pokarmowych.
5. A. Landau. Kwas moczowy, dna i t. zw. artretyzm.
6. Lorentowicz. Projekt tablic dietetycznych dla Ciechocinka.
7. Maliniak. O leczeniu dietetycznem przetok trzustkowych.
8. Mintz. S. O operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej.
9. Przywieczerski. O wartości rozpoznawczej t. zw. uproszczonej diety Szmidta.
10. Rejchman. O lekach przeciw wnętrzakom kiszkowym.
11. Rejchman. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka.
12. „ O rozpoznawczem znaczeniu obmacywania brzucha.
13. Róbin. Badania doświadczalno-kliniczne nad nowem źródłem Ciechocińskiem.
14. Róbin. O mało znanym syndromie żołądkowym.
15. Róbin. O działaniu nowego źródła Rohitsch-Donatiquelle w cierpieniach przewodu pokarmowego.
16. Rzędkowski i Karasiówna. O odczynie Cammidgea.
17. Sadkowski. Wskazania i przeciwwskazania do przepłókiwania żołądka.
18. Tuchendler. O rektoromanoskopji.
19. Wejnert. Porównawcze znaczenie prób Tejchmana i Webera.
20. Zawadzki J. W sprawie dietetyki.

Oprócz powyżej wymienionych następujący koledzy przedstawili pokazy: Borsuk, Ejgier, Gębarski, Hagmajer, Hertz R, Knappe, Luxemburg, Pacanowski, Sierpiński, Szpikowski i inni.

W ostatniem pięcioleciu odbywało się stale po 8 posiedzeń rocznie i wygłoszono na nich 54 odczyty:

1. Grundzach. „Zarys rozwoju gastrologji polskiej".
2. Czubalski. „Fizjologiczne warunki czynności wydzielniczych żołądka".
3. B. Kryński, „Stosunek rentgenologji do gastrologji".
4. A. Zawadzki. „Stosunek chirurgji do gastrologji".

5. Adelfang. „O najnowszych pracach nad powstawaniem nowotworów złośliwych“.
6. Adelfang. „O leczeniu wrzodu żołądka promieniami Rentgena“.
7. Cytronberg. „O nowym sposobie badania sprawności czynnościowej żołądka“.
8. Frank. „O leczeniu guzów krwawnicowych sposobem Bensaude“.
9. Justman. „O peptonie Wittego w lecznictwie biegunek przewlekłych“.
10. Justman. „O pograniczu internistyczno-chirurgicznem w gastrologji“.
11. B. Kryński. „Obecny stan rentgenografji dwunastnicy“.
12. Landsberg. „Nowe badania nad biochemją raka“.
13. Mintz. „O wartości klinicznej cholecystografji“.
14. „ „O niedrożności jelit skutkiem zatkania kamieniem żółciowym“.
15. Orzech. „O leczeniu przetoki dwunastniczej sposobem Einhorna“.
16. Róbin. „O trudnościach rozpoznawczych w cierpieniach przewodu pokarmowego“.
17. Róbin. „O uproszczonem śniadaniu próbnem“.
18. Saidman. „O sprawach zastoinowych pęcherzyka żółciowego“.
19. Tuchendler. „Interesujące tematy na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Karlsbadzie“.
20. Wejnert. „Rak żołądka w świetle cyfr“.
21. Wejnert. „Foetor ex ore“.
22. A. Zawadzki. „W sprawie niedrożności jelit“.
23. Cytronberg. „O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego za pomocą metody złożonej z naświetlań promieniami Rentgena, płókań żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d“.
24. Adelfang. „O leczeniu wrzodu żołądka promieniami X“.
25. Schlager. Angina abdominalis“.
26. Justman. „Gruźlica płuc, a przewód pokarmowy“.
27. Pomper. „Kilka uwag w sprawie leczenia chirurgicznego zapalenia wyrostka robaczkowego“.

28. Adelfang. „O uchyłkach dwunastnicy".
29. Goldman. „O postępowaniu przed i po operacyjnem przy zabiegach na przewodzie pokarmowym".
30. Grundzach. Zespół objawów bólowych kiszkowo-żołądkowych".
31. Saidman. „O powikłaniach po zabiegach w jamie brzusznej".
32. Higier. „Nerwice żołądka i ich leczenie".
33. Bychowski jun. „Psychoterapja nerwic narządowych".
34. Grundzach. „Kilka słów o psychogenezie i wskazaniach do psychoterapji w schorzeniach przewodu pokarmowego".
35. Justman. „Układ roślinny, a czynniki psychiczne w schorzeniach somatycznych".
36. Szenkier. „Schorzenia układu moczowego, a przewód pokarmowy".
37. Adelfang. „O badaniu rentgenologicznem schorzeń wyrostka robaczkowego".
38. Goldman. O wartości klinicznej tej metody rentgenologicznej na podstawie własnego materjału".
39. Grundzach. „O mechaniźmie działania wód mineralnych czyszczących, chlorowo-sodowych w cierpieniach kiszek pochodzenia bakteryjnego".
40. Justman. „Znaczenie niedomogi wątrobowej dla kliniki i leczenia schorzeń dróg żółciowych".
41. Kryński. „Śluzówka żołądka w obrazie rentgenologicznym".
42. Kryński. „O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka z punktu widzenia rentgenologa".
43. Cytronberg. „O technice badań fizyko-chemicznych treści żołądkowej".
44. Lubelski. „O leczeniu nitkowatych zwężeń przełyku po oparzeniach płynami żrącemi".
45. Niewiadomski, „Współczesna chirurgja, a rak żołądka".
46. Wejnert. „W sprawie nowotworów jelit".
47. Wejnert. „Spostrzeżenia i uwagi w sprawie raka żołądka".
48. Nusbaum. „Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej".
49. Róbin „O wczesnych objawach kamicy żółciowej".

50. J. Czarkowski. „Kilka uwag w sprawie powikłań w przebiegu kamicy żółciowej“.
51. Radliński i Siedlecka. „Glioma pendulum ventriculi“.
52. Michałowicz. „Zaburzenia w czynnościach jelita grubego, ich patogeneza i ich leczenie“.
53. Ajzenfarb. „O niedrożności jelit, spowodowanej przez kamienie żółciowe“.
54. F. Malinowski. „Kiła narządów trawienia”.

Jak widzimy prócz referatów ściśle gastrologicznych mieliśmy szereg odczytów, wygłoszonych przez chirurgów, rentgenologów, pedjatrów, neuropatologów, dermatologów, teoretyków medycyny i t. d., a dotyczących spraw z pogranicza gastrologji i innych specjalności.

Ilość pokazów w tym okresie dosięgła 60, a udział czynny brali w nich następujący koledzy: Głodzik, Grodzieński, Dobryszycki, Szlager, Robin, Frank, Selig, Lubelski, Niewiadomski, Pomper, Radliński, Siedlecka, Kohan, Kaczyński, Rutkowski, Piasecki, Kryński, Kołodziejski, Cytronberg, Solman, Dolkart, Goldstein, Grundzach, Justman, Hertzberg, Mesz, Mintz, Miszurski, Orzech, Rapaport, Rubinstein, Solomon, Szpilman, Sterling-Okuniewski, Witkowski, Zawadzki, Saidman i inn.

Od 2 lat przeszło wydajemy własne pismo „Gastrologję Polską“, która rozwija się pomyślnie, budząc coraz to więcej zainteresowania i zwiększając kadry abonentów. Dotąd „Gastrologja“ ogłosiła 34 prace oryginalne. Dzięki streszczeniom w językach obcych i w esperanto, jakie stale dajemy, udało nam się nawiązać kontakt z zagranicą. Referaty z prac drukowanych w „Gastrologji“ ukazują się nietylko w pismach francuskich i niemieckich, lecz nawet w japońskich i hiszpańskich. Z drugiej strony znów cały szereg wybitnych cudzoziemców przysyła nam swe prace do druku, czego dowód stanowi i obecny zeszyt, który prawie całkowicie wypełniony jest przez prace naszych „gości — sympatyków“.

W ostatecznej konkluzji stwierdzić musimy, iż dotychczasowa działalność tego n a j s t a r s z e g o w E u r o p i e*)

*) Tow. Gastrologiczne Japońskie jest starsze od naszego.

Towarzystwa Gastrologicznego pozostawiła już ślad niezatarty w rozwoju tej specjalności.

Być może, inne młodsze Towarzystwa Gastrologiczne, jakie dziś już egzystują we wszystkich niemal cywilizowanych krajach, zrobiły więcej od naszego, jednak napewno nie pracowały w tak trudnych, jak nasze, warunkach: pod rządami zaborców, w długim okresie wojennym i ciężkim powojennym.

Dorobek nasz naukowy i stały rozwój stwierdzają niewątpliwie, iż idea Rejchmanowska, wcielona w życie przed 22 laty, nie była tylko fantazją wybitnego lekarza, lecz że miała poważne, głębokie podstawy, które pozwoliły jej przetrwać bezmała ćwierć wieku i, miejmy nadzieję, pozwolą jeszcze potrwać tak długo, jak długo medycyna dążyć będzie do swego rozwoju i postępu.

B. Wejnert

Z III Kliniki wewnętrznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Cesarskiego Kyushu w Fukuoka (Japonja).

Dyrektor Prof. Dr. N. Onodera

O ciałach pobudzających perystaltykę w śluzówce żołądka.

(Ueber eine die Peristaltik anregende Substanz in der Magenschleimhaut).

Podali

Prof. Dr. ONODERA, Dr. Y. NISHINA, Dr. K. YUKAWA, Dr. S. KATO i Dr. S. EMURA.

Wprowadzenie 40—60 ccm. 20—25% rozczynu siarczanu magnezu wprost do dwunastnicy rzadko powoduje biegunkę; spostrzegamy ją natomiast prawie zawsze po doustnem podaniu tego rozczynu. Fakt ten nasunął nam przypuszczenie, iż przy zetknięciu się rozczynu siarczanu magnezu ze śluzówką żołądka powstaje ciało, pobudzające ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego.

Coprawda, zgodnie z farmakologją, czyszczące działanie podanego dowewnątrz siarczanu magnezu ma rzekomo polegać na tem, iż sól ta nie ulega wchłanianiu. Stransky(1) badał mechanizm działania soli karlsbadzkiej i twierdzi, że odpływ żółci z pęcherzyka żółciowego następuje naskutek działania wchłoniętego jonu siarczanowego, a jon magnezu wzmaga to działanie. Nishina(2) spostrzegał często po wprowadzeniu dożylnem 60—100 ccm. 2% roztworu siarczanu magnezu odpływ żółci pęcherzykowej, t. zw. żółci B. Zajął się on również zagadnieniem, czy zetknięcie się siarcz. magn. ze śluzówką żołądka może wywołać skurcz żołądka, jelit oraz pęcherzyka żółciowego. Nishina wprowadzał do żołądka królików *in situ* mały balonik gumowy o cienkich ściankach, połączony z wązką rurką gumową; rozdymając balonik powietrzem notował na okopconym papierze ruchy danego narządu, a właściwie wahania ciśnienia wewnętrznego. Metoda ta jest dokładnie opisana przez Cannona(3), Carlsona(4) i Kanegae(5). Stosowaliśmy ją do badania ruchów jelita cienkiego, grubego i pęcherzyka żółciowego.

Wyciągi z rozmaitych części ścian żołądka, jelita i innych narządów, otrzymane po zadziałaniu stężonego rozczynu siarcz. magn., zastrzykiwaliśmy dożylnie zwierzętom doświadczalnym, aby w ten sposób stwierdzić wpływ tych wyciągów na napięcie i kurczliwość ściany jelit. Drogą tą udało się Nishina stwierdzić w śluzówce żołądka królików, psów, świń i krów ciało, zwiększające stan napięcia i kurczliwość ściany żołądka. Natomiast nie stwierdzono ciała tego w śluzówce jamy ustnej, przełyku, dwunastnicy, jelit, ani w wątrobie i w trzustce, zaś jedynie w nikłych ilościach w śledzionie, a to niezależnie od okresu trawienia. Wyciąg ten jest zupełnie nieczynny, o ile rozczyn siarcz. magn. jest bodaj słabo zasadowy.

Nishina przeprowadzał doświadczenia z zastosowaniem jako ciał wyciągowych, kwasu siarczanego, solnego, mlekowego, fosforowego, alkoholu i rozczynu fizjologicznego soli kuchennej, jednak jedynie skuteczny okazał się kwas siarczany (w stężeniu od 0,28 do 0,40%).

Yukawa(6) powtórzył powyższe badania i stwierdził, iż ów czynny wyciąg działa również na jelito cienkie, grube i pę-

cherzyk żółciowy zawsze w sensie zwiększenia napięcia i wzmożenia perystaltyki. Ów czynnik działający otrzymać można ze śluzówki żołądka nietylko w okresie trawiennym, lecz również podczas głodu; łatwo ulega djalizie, nie traci swych własności po 30-minutowem gotowaniu; odczyny na cholinę wypadają z ciałem tem ujemnie. Od hormonu perystaltycznego Zülzera różni się tem, że hormon ten otrzymujemy w wyciągu alkoholowym ze śluzówki żołądka oraz w znacznych ilościach ze śledziony podczas trawienia, czem różni się on od stwierdzonego przez nas ciała.

Wreszcie Yukawa wyodrębnił z wyciągu siarczano-magnezowego śluzówki żołądka ciało krystaliczne, które, podane dożylnie w rozczynie wodnym, posiada zdolność zwiększenia stanu napięcia ścian żołądka i jelit oraz pobudza perystaltykę.

Opierając się na wynikach współczesnej chemji hormonów, z których wynika, iż pochodne pewnych kwasów aminowych stanowią czynną zasadę wydzielin gruczołów dokrewnych, otrzymał Kato (7) z mieszanki kwasów aminowych i 25% rozczynu siarcz. magn. w kąpieli wodnej kryształy soli podwójnych o odrębnych właściwościach. Różnią się one zasadniczo zarówno od kryształów siarcz. magn., jak i od kryształów odpowiednich aminokwasów. Wyodrębniliśmy te ciała krystaliczne i zastrzykiwaliśmy je w rozczynie wodnym dożylnie królikom. Zapomocą wyżej omówionych baloników spostrzegaliśmy działanie ich na ściany żołądka i jelit. Stwierdziliśmy w ogólnych zarysach, iż sole podwójne siarcz. magn. i alifatycznych kwasów aminowych posiadają silne działanie na perystaltykę nawzór hormonów, natomiast działanie soli z aminokwasami aromatycznemi lub heterocyklicznemi jest znikome lub nie występuje wcale. Z pośród aminokwasów alifatycznych dość silnie działa sól podwójna z kwasem asparaginowym, najsilniej działa zaś sól $MgSO_4$ + Alanina, względnie + kwas glutaminowy.

Emura(8) badał wzmagające, względnie hamujące, działanie soli podwójnych $MgSO_4$ i 2-ch lub 3 ch aminokwasów. Z załączonych tablic i krzywych wynika, iż działanie synergetyczne mieszaniny alaniny i kwasu glutaminowego, alaniny i kwasu pyrolidynowo-karbonowego (powstałego przez kondensację z kw. glutaminowego), alaniny i phenylalaniny oraz alaniny i kw. aspara-

ginowego jest zupełnie wyraźne. Jako przykład wzoru chemicznego soli podwójnej podajemy wzór soli $MgSO_4$ + alanina + kwas glutaminowy (Kato):

$$MgSO_4 - \underset{\text{alanina}}{(C_3H_7O_2N_2)} - \underset{\text{kw. glutaminowy}}{(C_5H_9O_4N)}.\ 3H_2O.$$

Kato wykazał zapomocą aparatu Slyke do określania azotu aminowego w śluzówce żołądka świni również i w okresie głodu znaczne ilości kwasów alifatycznych. Emura wstrzyknął dwum ludziom zdrowym dożylnie małą ilość soli podwójnej $MgSO_4$ + alanina + kw. glutaminowy i stwierdził rentgenologicznie zwiększone napięcie ściany żołądka, wzmożenie perystaltyki, a w związku z tem biegunkę.

Z badań naszych wynika, że siarczan magnezu podany doustnie częściowo się wchłania i tworzy z alifatycznemi aminokwasami ciało, działające nawzór hormonów. Większa część $MgSO_4$ nie ulega jednak wchłanianiu i wpływa na utrzymanie zawartości jelitowej w stanie płynnym, powodując biegunkę. Należałoby więc zmienić podawany w podręcznikach farmakologji sposób działania czyszczącego siarczanu magnezu, a mianowicie, iż działanie jego polega nietylko na jego trudnem wchłanianiu, lecz również na działaniu soli wchłoniętej. Powstające w śluzówce żołądka sole podwójne z alifatycznemi kwasami aminowemi zwiększają napięcie ściany żołądka i wzmagają ruchy robaczkowe. Wspólnie z utrzymaniem zawartości jelit w stanie płynnym stanowią one dwa główne czynniki w powstawaniu biegunek.

Kwas solny w żołądku ma nietylko działanie trawienne i odkażające; z badań Starlinga i Baylissa wiemy, iż, stykając się ze śluzówką dwunastnicy, powoduje on powstawanie sekretyny, będącej bodźcem wydzielania zewnętrznego trzustki. Z badań naszych wynika, iż jon siarczany, a w szczególności $MgSO_4$ pobudza czynność ruchową żołądka, jelit i pęcherzyka żółciowego. Kwas solny stanowi więc w żołądku chemiczny, a kwas siarczany, zwłaszcza zaś siarczan magnezu, mechaniczny czynnik trawienny. Dopiero wspólnie uzupełniają one proces trawienia. Zadaniem czynnika mechanicznego jest mieszanie, posuwanie i wydalanie miazgi.

W Japonji stosujemy już od dłuższego czasu w beri-beri środki czyszczące, a szczególniej kwas solny z siarczanem magnezu, jak to na zasadzie długoletnich spostrzeżeń klinicznych podał Ise. Uważamy środek ten za niezmiernie skuteczny i będziemy się nim posługiwać tak długo, póki nie przekonamy się o istnieniu metod skuteczniejszych.

Z rękopisu niemieckiego przełożył
Dr. Józef Nusbaum.

Tablica 1.

Działanie mieszanki siarcz. magn. i 2-ch aminokwasów.

	Alanina	Kw.glutam.	Kw.aspar.	Leucyna	Glykokol	Histidyna	Chlorhistid.	Fenylalanin	Tryptofan	Tyrozyna	Pyrolid. — kw. karbon.
Kw. glutam. .	+++										
Kw. asparag.	++	+									
Leucyna . . .	+	+	+								
Glykokol . . .	+	+	+	+							
Histidyna . . .	+	+	+	+	+						
Chlorhistid. .	+	+	+	+	+	O					
Fenylalanina .	++	+	+	+	+	+	+				
Tryptofan . .	+	+	+	+	+	+	+	+			
Tyrozyna . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Pyrolidino — kw. karbon. .	+++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Cystyna . . .	±	+	±	±	±	+	+	+	+	±	+

Uwaga: + = wzrost napięcia i perystaltyki, ++ i +++ = odpowiednio silniejsze działanie, ± = słabo zaznaczone, O = nie badane.

Tablica 2.

Działanie $MgSO_4$ + 3 aminokwasy.

Kwas asparaginowy +

	Tryptofan	Glykokol
Glykokol . . .	+	
Pyrolid. — kw. karbon. .	+	+

Tablica 3.

Kwas glutaminowy +

	Kw. asparag.	Tryptofan	Glykokol
Tryptofan . .	+		
Glykokol . . .	+	+	
Pyrolid. — kw. karbon. .	+	O	+

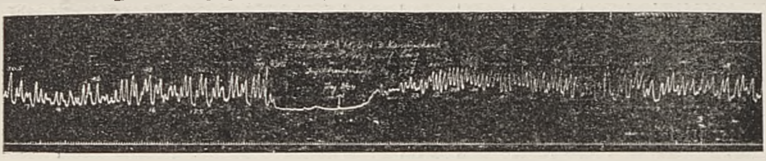
Tablica 4.

Alanina +

	Kw. glutamin.	Kw. asparag.	Tryptofan	Glykokol
Kw. asparag.	+			
Tryptofan . .	+	+		
Glykokol . . .	+	+	+	
Pyrolidyno — kw. karbon. .	+	+	+	+

1. Krzywe ruchów żołądka u królika.

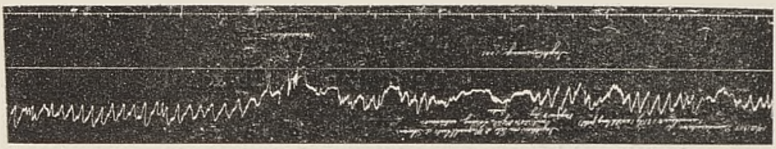
Samiec, wagi 1,5 Kg. 24-godzinny post. Wyciąg śluzówki żołądka królika z 20% rozczynem $MgSO_4$. Zastrzyknięto 1 ccm. na kilo wagi do żyły usznej.



początek koniec
zastrzyku

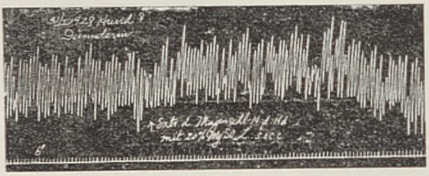
2. Krzywa ruchów jelit cienkich u królika.

Samiec, wagi 1,8 Kg. Post prawie 24-godzinny. Wyciąg ze śluzówki żołądka świni z 20% $MgSO_4$. Zastrzyknięto 0,5 ccm. na kilo dożylnie.



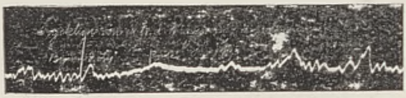
3. Krzywa ruchów jelit cienkich psa.

Suka, 5 Kg. Zastrzyknięto wyciąg śluzówki psa z 20% $MgSO_4$ 1 ccm. na kilo wagi.



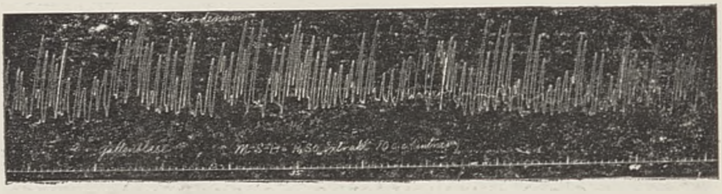
4. Krzywa ruchów okrężnicy królika.

Samica, 1,5 Kg. Post 40 godz. Wyciąg śluz. żoł. świni z 20% $MgSO_4$. Dożylnie 0,5 na kilo wagi.



5. Krzywa ruchów pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy.

Suka, 7 Kg. Wyciąg śluz. żoł. psa z 20% $MgSO_4$. Dożylnie 10 ccm.



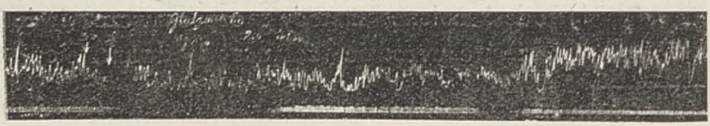
6. Krzywe ruchów żołądka po zastrzyku soli podwójnych aminokwasów i $MgSO_4$.

Króliki wagi 1—2 Kg. Post wyżej 24 godzin. 1,0 ccm. 10% wodnego rozczynu na kilo wagi.



6a. Alanina i $MgSO_4$.

6b. Glutamina i $MgSO_4$.



6c. Alaniny 0,05 gr., kw. glutam. 0,1 gr. i 5 ccm. 20% $MgSO_4$ zmieszane w kąpieli wodnej. Zastrzyk dożylny 20 ccm.



PIŚMIENNICTWO.

1. Stransky. Arch. f. exper. Patol. u. Pharm. 1915. Tom 78, str. 122.
2. Nishina. Nihon Naika Gakkai Zasshi. 1925. Tom 13.
3. Cannon. Amer. Journ. of Physiol. 1912. T. 29, str. 441.
4. Carlson. Tamże. 1912. T. 31, str. 151.
5. Kanegae. Grenzgeblet. 1928. III. (jap.).
6. Yukawa. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 1928, T. 27, 1929. T. 28.
7. Kato. Nihon Naika Gakkai Zasshi. 1929. T. 17.
8. Emura. Tamże. 1930. T. 18.

Uleczalność wrzodów trawiennych z niszami pod wpływem leczenia wewnętrznego *).

(Die Heilung von peptischen Geschwüren mit Nischen durch interne Behandlung).

podał

Prof. Dr. MAX. EINHORN (New-York).

W ostatnich 40 latach zagadnienie postępowania we wrzodzie trawiennym było tematem licznych posiedzeń naukowych w kołach internistów i chirurgów. Ostatnio utrwala się jednak wyraźnie, nawet wśród chirurgów, pogląd o wyższości leczenia wewnętrznego w tem cierpieniu. Składają się na to następujące okoliczności:

1) udoskonalone metody rozpoznawcze i lecznicze we wrzodzie żołądka i dwunastnicy dały

*) Odczyt wygłoszony w Hamburgu v. d. Höhe w sierpniu 1930 r.

możność stwierdzenia, że większość przypadków ulega wyleczeniu,

2) nie zawsze zabieg chirurgiczny zapewnia całkowite ustąpienie cierpienia.

Jeszcze do niedawna panowało wśród wszystkich bodaj wybitnych klinicystów przekonanie, iż wrzód drążący żołądka i dwunastnicy usunąć się daje jedynie na drodze operacyjnej. Osobiście wydaje mi się, że nawet z pośród tych ciężkich przypadków wrzodu trawiennego wiele dałoby się wyleczyć bez interwencji chirurga. Pozwolę sobie właśnie twierdzenie to nieco bliżej omówić. Naturalnie, iż o dodatnich wynikach leczenia mamy prawo mówić tylko wówczas, gdy objawy znamienne wrzodu znikają całkowicie, przyczem chory pozostaje w ciągu dłuższego czasu zdrów. Wybrałem z pośród moich przypadków tej grupy takie, które datują się z przed 5 i prawie 10 laty, przyczem przedstawiam zdjęcia rentgenologiczne oraz krótki przebieg choroby, Większość tych przypadków ogłosiłem już drukiem,*) ograniczę się więc tylko do wykazania ich rysów charakterystycznych.

P r z y p a d e k 1-szy: Louis K. 1921 r.

Wrzód drążący małej krzywizny. Od kilku miesięcy silne dolegliwości. Lekarzem ordynującym był znany chirurg, który zwlekał z zabiegiem, ponieważ blizki krewny chorego przed niedawnym czasem zginął po operacji pęcherzyka żółciowego, był więc pewny, iż chory pod żadnym pozorem na zabieg się nie zgodzi. Ponieważ właśnie przed niedawnym czasem spostrzegałem przypadek *ulc. penetrans* wyleczony bez zabiegu, zaproponowałem leczenie zachowawcze. Chory w krótkim czasie wyzdrowiał. Jak widać ze zdjęć, z początku nisza znacznie się zmniejszyła, a po pewnym czasie znikła zupełnie. Chory od tej chwili mógł żywić się normalnie, nie odczuwając żadnych dolegliwości i jest do dnia dzisiejszego (prawie 10 lat) zupełnie zdrów, nie zdradzając najdrobniejszych objawów przebytej poważnej choroby.

---

*) Maks Einhorn, Peptic Ulcers with Deformity of the Viscus. № 7 Med. Record du 6. 19. 22.

P r z y p a d e k 2-gi: Andrew R. l.70, 1921 r.

Od 2 miesięcy skarży się na silne bóle w dołku podsercowym, rozchodzące się po całym brzuchu. Częste wymioty, czasami z nieznaczną domieszką krwi. Stracił na wadze 20 funtów, blady. Przy palpacji wyczuwa się w dołku podsercowym jakgdyby twór guzowaty. Wykonana próba z nitką jedwabną wykazała plamę krwi w żołądku (mała krzywizna). Rentgenogram wykazał duży modzelowaty drążący wrzód małej krzywizny żołądka. Chory nie zgadzał się na zabieg chirurgiczny. Założono wówczas choremu zgłębnik dwunastniczy, który po 3 dniach wszedł do dwunastnicy. Zastosowano żywienie przez zgłębnik i niebawem chory poczuł się znacznie lepiej. Po 14-dniowem żywieniu przez zgłębnik, tenże został usunięty i chory począł otrzymywać drogą naturalną lekkie pokarmy. Dalszy przebieg choroby zupełnie pomyślny. Nisza malała stopniowo, by po 6 tygodniach zupełnie zniknąć. Choremu przybyło na wadze 50 funtów, odzyskał zdolność do pracy zawodowej pomimo daleko posuniętego wieku, żywił się normalnie i nie odczuwa do dnia dzisiejszego, po upływie 10 lat od początku choroby, żadnych dolegliwości.

P r z y p a d e k 3-ci:

1921 lub 1922 r. Jakób R., około 55 lat, uskarża się od kilku miesięcy na silne dolegliwości w przewodzie pokarmowym: silne bóle żołądka, częste wymioty, znaczna utrata wagi, osłabienie. Rentgen wykazał duży drążący wrzód małej krzywizny żołądka. Morfina musiała być stosowana nawet po płynnych pokarmach. Po żywieniu przez zgłębnik dwunastniczy znikły zupełnie bóle, narkotyki stają się najzupełniej zbędne. Po 2—3 tyg. kuracji znika nisza i chory zaczął przyjmować obfite pokarmy per os. Choremu przybyło na wadze 40 funtów w ciągu 4—5 mies. Po upływie 2 lat stan zupełnego zdrowia utrzymuje się nadal.

P r z y p a d e k 4-ty: Wattner, 1923 r.

Cierpiał na silne krwotoki żołądkowe wskutek wrzodu drążącego krzywizny mniejszej. Chory wyzdrowiał całkowicie. Zdjęcia rentgenologiczne w tym przypadku są tem ciekawsze, iż stwierdzają stopniowe znikanie niszy w ciągu niewielu tygodni. Po upływie 3—4 lat był nadal całkowicie zdrów.

Przypadek 5-ty: C. H. O. 1923 r. Ulcus penetrans curv. min.

Nisza znikła po 14 dniach. Chory do dnia dzisiejszego zdrów i bez nawrotów.

Przypadek 6—7—8-my: (1922—23 r.) przedstawiają przypadki z niszami na małej krzywiźnie, które poznikały po wewnętrznem leczeniu wrzodów.

Przypadek 9-ty: E. 1925 r.

Wrzód małej krzywizny żołądka-wyleczony. Nawrót po 4 mies., powtórna kuracja przyniosła zupełny powrót do zdrowia.

Wybrałem powyższe przypadki dlatego, że były spostrzegane w ciągu całego szeregu lat, aby dobitniej odzwierciadlić trwałość wyniku leczniczego.

Wrzód dwunastnicy również często poddaje się leczeniu wewnętrznemu. Należą tu przypadki 10, 11, 12, 13 i 14 (1922—26 r.). Z tych przypadków chory A. (1924 r.) był po upływie 4 lat zupełnie zdrów, zmarł jednak podczas napadu dusznicy bolesnej, wszyscy inni chorzy, o ile jest mi wiadome, żyją i nie odczuwają żadnych dolegliwości.

Przypadek 15-ty: A. U. G. 1929 r.

Duży wrzód żołądka, drążący prawdopodobnie aż do wątroby (orzeczenie rentg.) Decyzja dokonania zabiegu ze strony domowego lekarza i chirurga. Na życzenie chorego zostałem zaproszony na naradę. Zaproponowałem żywienie przez zgłębnik dwunastniczy. Po 2 tygodniach duża nisza zmniejszyła się do 1/5 swej poprzedniej wielkości, by po upływie jeszcze pewnego czasu zupełnie zniknąć.

Uwagi końcowe:

Jak widać z powyższego, nawet ciężkie i najcięższe przypadki wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy nadają się często do leczenia wewnętrznego, nie należy więc bezkrytycznie takich przypadków oddawać w ręce chirurgów.

Należy naprzód sumiennie przeprowadzić leczenie przeciwwrzodowe i to w ciągu dość długiego czasu. Dopiero, gdy ta metoda zawiedzie, zjawia się konieczność zabiegu chirurgicznego.

Wyjątek stanowią te przypadki, które nasuwają uzasadnione podejrzenie co do rozpoczynającej się sprawy nowotworowej

złośliwej i w których zabieg daje widoki wyleczenia lub przynajmniej częściowej poprawy. W takich razach należy bez zbytniej straty drogocennego czasu oddawać chorego w ręce chirurga.

Z rękopisu niemieckiego
przełożył Dr. M. Reichert.

Wyniki badania jelit cienkich przy pomocy patronu i zgłębnika jelitowego oraz wyniki lecznicze.

(Die Erforschung des Dünndarms mittels Darmpatrone und Darmschlauch und ihre therapeutischen Ergebnisse).

Podał

Prof. Dr. van der REIS,

Dyrektor oddziału chorób wewnętrznych Szpitala miejskiego w Gdańsku.

Znajdujemy się niewątpliwie w początkach poznania spraw patologiczno-fizjologicznych, zachodzących w jelitach cienkich, jakkolwiek przy pomocy mojej metody udało się wglądnąć głębiej w sprawy chorobowe tego odcinka. Jeżeli uwzględnimy, jak wybitne znaczenie mają jelita cienkie dla trawienia pokarmów, ich wchłaniania, zastosowania soków dopływających z gruczołów, powstawania czynników toksycznych i przyjmiemy pod uwagę ich ścisły stosunek do innych narządów, to zrozumiemy, jak ważne będzie konsekwentne opracowanie tak wielu nasuwających się zagadnień. Czytelnikowi tego jubileuszowego numeru napewno nie będą obce pełne optymizmu wywody, jakie w związku z już wtedy osiągniętemi wynikami wypowiedział w roku 1926 Morawitz w swoim zakreślonym na szeroką skalę referacie zbiorowym, wygłoszonym na Zjeździe Towarzystwa dla badania chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji. Pewną podstawę dla dalszych badań możemy jednak zdobyć dopiero wtedy, kiedy uda się nam wciąg-

nąć w orbitę naszych badań całe jelito cienkie. Urywkowe próby, pobrane wyłącznie z dwunastnicy, — tak, jak to ostatnio w wielu pracowniach robiono, wzbogacają niewątpliwie nasze wiadomości o wiele szczegółów, prowadzą jednak do ważkich pomyłek, o ile próbujemy wyprowadzać z nich wnioski ogólne. Wyniki, osiągnięte dotychczas metodą zgłębnikowania jelit, nie dają się, oczywiście, podporządkować organicznie pod jeden punkt widzenia, nie pozostały jednak bez wpływu na nasz stosunek do wielu zagadnień.

Nawet nasze poglądy co do położenia i czynnościowej długości przewodu pokarmowego wymagają rewizji. Stosowanie zgłębników, które przewędrowały przez cały przewód, doprowadziły do zadziwiającego wniosku, że żywy przewód jest znacznie krótszy, niż uczy nas anatomja, i że u poszczególnego osobnika w warunkach normalnych stan napięcia poszczególnych odcinków ulega znacznym wahaniom. A więc poprzecznica raz przebiega wprost poprzecznie, kiedyindziej jest zgięta w formie łuku. Pętle u zagięcia lewego lub przy przejściu do esicy, przypominające *Megasigmoideum*, mogą znikać z dnia na dzień. Spostrzeżenia moje pouczają, że przebieg pętli u człowieka zdrowego jest niezmiernie zmienny, i że nie wszystkie pętle, ułożone nalewo od kręgosłupa naokoło pępka, należą do jelita czczego, a nie wszystkie położone naprawo i w małej miednicy mogą być zaliczone do jelita krętego. Poziomą linję graniczną przyjmujemy jako pionową. Ja odróżniam położenie pętli jelita cienkiego górne, średnie i dolne, jak o tem mówiłem w mych pracach poprzednich. W piśmiennictwie jedynie Ganter wypowiedział się przeciw moim poglądom. Do sprawy tej powrócę w jednej z prac najbliższych.

Badanie dwunastnicy i niżej położonych odcinków dało nam podstawy do zrozumienia wielu stanów patologo-fizjologicznych i umożliwiło stworzenie metodyki badania czynnościowego zdrowego i chorego jelita. Metody te powoli zdobywają sobie popularność, gdyż istnieje wciąż jeszcze pewna obawa przed zgłębnikowaniem głębszych odcinków jelit. Pozatem do badań, oprócz zwykle stosowanych metod, niezbędne są pewne metody bakterjologiczne, wymagające specjalnej techniki. Dlatego też chętnie ograniczamy się do zwykłego zgłębnikowania

dwunastnicy, które możemy łatwo przeprowadzić ambulatoryjnie. Myślę, że to jest przyczyną wielu wniosków fałszywych i różnicy zdań. Zgłębnikowanie może wystarczyć do diagnostyki dwunastniczej schorzeń dróg żółciowych i wątroby, jest jednak zupełnie niewystarczające do poznania zaburzeń w jelitach cienkich.

W skład badania czynnościowego jelit cienkich wchodzi:

1. Badanie morfologiczne,
2. „ chemiczne,
3. „ zaczynów,
4. „ fizyczno-chemiczne,
5 „ bakterjologiczne.

Przy badaniu winniśmy zwracać baczną uwagę na domieszkę śluzu i komórek, co jest niezmiernie ważne dla rozpoznania nieżytu jelita czczego i krętego. Wspomnimy tu o stwierdzeniu kryształów, tłuszczów, pozostałości włókien mięsnych na różnych poziomach jelita, stwierdzeniu bilirubiny, urobilinogenu, soli, azotu resztkowego, dalej stwierdzeniu l a m b l i a, b a l a n t i d i u m, jaj pasorzytów i t. d. Nie ulega wątpliwości, że zdobywamy w ten sposób podstawy do różniczkowania wielu spraw, szczególniej w związku z jakościowem i ilościowem określeniem zaczynów. Z metod fizyczno-chemicznych, jak dotychczas, większe znaczenie ma jedynie określenie pH, gdyż w niektórych stanach chorobowych daje ono znamienne odchylenia. Odczyn nie jest bynajmniej zasadowy, wynosi on u osobnika zdrowego:

w odcinkach górnych: pH — 6.28 (od 5,9 do 6,6)
„ średnich 6,46 (od 6,2 do 6,7)
„ dolnych 6,79 (od 6,2 do 7,3).

Przejście miazgi pokarmowej prowadzi oczywiście do zakwaszenia, jednak w krótkim czasie odczyn wraca do normy. Krzywa wzrostu i spadku kwasoty jest w przypadkach zaburzeń wydzielniczych jelit zmieniona patologicznie. Godne uwagi jest, że, niezależnie od warunków kwasoty żołądka, normalnej kwasoty, nad lub niedokwaśności, pH nie wykazuje znaczniejszych odchyleń tak długo, póki jelito jest czynnościowo sprawne.

Najcenniejsze wyniki dało badanie bakterjologiczne jelit. Odróżniam stałą (o b l i g a t e) florę bakteryjną od flory nieobowiązkowej (f a k u l t a t i v e), przejściowej. Stałe osiedlenie bakteryj na ścianie przewodu jest czynnikiem w pierwszej linji odpo-

wiedzialnym za utrzymanie normalnych stosunków, względnie za powstawanie zaburzeń. Obok tego trudno ocenić znaczenie flory przejściowej, szczególniej dla spraw trawienia. Jest ono najmniej zbadane, gdyż sprawy te są niezmiernie powikłane i wymagają badań, pochłaniających masę czasu. Wiadomości nasze są jeszcze zbyt świeżej daty, winniśmy więc być ostrożni z daleko idącemi wnioskami, które nie mają dostatecznego uzasadnienia.

Jelito cienkie zawiera niewielką, ale niezmiernie charakterystyczną florę bakteryjną. Leczenie ma tylko wtedy cel, o ile odróżniamy drobnoustroje żywe od martwych. W górnych odcinkach znajdujemy niezbyt liczne gramododatnie pałeczki długie i krótkie oraz lancetowate dwoinki. Oprócz tego znajdujemy nieliczne twory gramoujemne, często jednak niema ich wcale. Są to niebieskie rodzaje pałeczek i kokków kwasu mlekowego. Gramoujemne są rodzaje *B. lactis aerogenes.* W średniem jelicie flora jest już nieco obfitsza. Ilość paciorkowców kwasu mlekowego zmniejsza się zwykle, natomiast pole widzenia opanowują pałeczki gramododatnie. Obok tego występują liczne bakterje gramoujemne, przeważnie *B. aerogenes,* oraz nieliczne pałeczki okrężnicy. W dolnym odcinku ilość gramoujemnych zmniejsza się dalej, jednak i tu przeważają jeszcze bakterje kwasu mlekowego. W ostatnich odcinkach jelita krętego ilość pałeczek okrężnicy wzrasta, a w kątnicy po raz pierwszy występuje większa ilość beztlenowców.

W literaturze znalazłem przeważnie potwierdzenie moich poglądów. Jeżeli poszczególni autorzy wypowiadają inne poglądy odnośnie do górnego odcinka i znajdują mniej bakteryj, to przyczyna leży w tem, że nie są stosowane specjalne pożywki i że nie uwzględnia się, że szczególnie pierwszy posiew wzrasta bardzo trudno i trwa to niekiedy kilka dni. Chciałbym to tu szczególnie podkreślić.

Określenie i mianownictwo niezmiernie ważnych rodzajów bakteryj kwasu mlekowego również prowadzi do wielu nieporozumień W swoim czasie ująłem pałeczki i kokki kwasu mlekowego pod ogólnemi mianami *Bacterium lacticum i Streptococcus lacticus.* Dokładniejsze jednak badania morfologiczne i fizjologiczne zmuszają do dalszego zróżniczkowania, gdyż przeko-

naliśmy się, że wszystkie gatunki zakwaszają dekstrozę, ale różnie oddziałują na krochmal i pewne rodzaje cukrów. Dotyczy to szczególnie paciorkowców kwasu mlekowego, które Thiercelin podług miejsca znalezienia nazwał *Enterococci*. Na zasadzie ich przemiany materji winniśmy je podzielić na przynajmniej 5 wyraźnie odrębnych rodzajów. Z punktu widzenia bakterjologji stanowi nazwa *Enterococcus* jedynie niedokładne pojęcie zbiorowe.

Jeżeli nie bacząc na codzienny dowóz najprzeróżniejszych bakteryj w pokarmach, flora jelit jest w stanie utrzymać swój stały charakter, to tłómaczy się to właściwościami bakterjobójczemi jelit cienkich, którym nadałem miano samoodkażalności jelit *(Autodesinfektion des Dünndarms)*. Bogendoerfer dopatruje się przyczyny tego zjawiska w bakterjostaninach, pochodzących ze śluzówki. Fleming i Allison nazwali ciała te lysozymami. Ostatnio Radel wątpi w istnienie bakterjostaninów; w każdym razie bakterjofagi nie grają tu żadnej roli (Praussnitz i van der Reis). Jeżeli nie bacząc na liczne badania (Lloyd Arnold, Loewenberg), przyczyna nie jest całkowicie wyjaśniona, tem niemniej samo istnienie autodezynfekcji i zasadnicza słuszność naszych pierwszych wyników jest niezaprzeczona. U zdrowych autodezynfekcja istnieje zawsze, niema jej zaś w tak zwanych zakażeniach pochodzenia wewnętrznego, schorzeniach paciorkowcowych jelita krętego, niektórych postaciach niedokrwistości złośliwej i wtórnej, gruźlicy jelit, ciężkich postaciach schorzeń poczerwonkowych. Kuttner i Loewenberg całkowicie potwierdzają moje poglądy, kiedy piszą, że brak bakterjobójczego działania odkażającego soku dwunastniczego umożliwia dopiero rozwój flory patologicznej. Niezbadaną pozostaje ostateczna przyczyna, leżąca w podłożu tego zaburzenia.

Nieznaczne zmniejszenie flory bakteryjnej w najwyższych odcinkach jelit cienkich spostrzegamy przy wybitnej nadkwaśności soku żołądkowego. Szczególniej nie spotykamy wtedy *bact. lactis aerogenes*. Natomiast w nielicznych przypadkach spostrzegamy niece więcej bakteryj obok niedokwaśności i braku kwasu. Obraz zmienia się zasadniczo, jeżeli przyczyną niedokwaśności są organiczne schorzenia żołądka wzgl. jego gru-

czołów i choroby krwi. Ilość drobnoustrojów w górnem jelicie czczem wzrasta, również w dolnych odcinkach jest większa, podczas gdy począwszy od połowy jelita krętego nie spostrzegamy poniżej żadnej różnicy. Przytem stosunek wzajemny różnych rodzajów nie ulega zasadniczym zmianom, i — co pragnę szczególniej podkreślić — nie widzimy ustrojów obcych jelitom, chociażby przeszczepionych z żołądka. Zmienia się to z chwilą, gdy występują zaburzenia autodezynfekcji. W bezsoku żołądkowym bez zaburzeń wydzielniczych jelit i zachowanej autodezynfekcji większych zmian w obrazie bakteryjnym nie widzimy. (Loewenberg, Meyringh, Wichels, Goesta Becker, Bogendoerfer, Raue, Gorke, Olivet, Bartle i Harkins, Julich i inni). A więc, wbrew mniemaniu Loehra, brak kwasu solnego nie stanowi czynnika decydującego dla osiedlania zarazków obcych w jelicie.

Wyniki moje były zgodne z wynikami Loehra w tych przypadkach, gdzie spostrzegałem jednocześnie zaburzenia wydzielnicze, pH i autodezynfekcji oraz nieżyt jelit. Wspomnę tu o stwierdzeniu w żółci pęcherzykowej pałeczek duru i paraduru w wielu przypadkach, gdzie wynik badania kału był ujemny.

Już z tych krótkich wywodów możemy wnioskować o znaczeniu zmienionej flory bakteryjnej wraz z warunkami, w jakich ona powstaje, nietylko dla jelit i ich sprawności czynnościowej, ale i dla narządów ściśle z jelitami związanych, a dalej i dla całego ustroju. Jak już dawniej omówiłem, nieżyt dwunastnicy, spowodowany przez ogoniastek jelitowy (*lamblia*), wpływa na odruch odźwiernikowy, a więc na czynność żołądka.

Szczególnie znamienne są wyniki, otrzymane przy tak zwanem zakażeniu jelit cienkich pochodzenia wewnętrznego, schorzenia, w którem występują wypróżnienia to fermentujące, to gnilne. Jelito czcze jest wtedy przepełnione licznemi zarazkami *coli aerogenes*, między któremi występuje szczególnie usposabiający do fermentacji szczep *b. coli dyspepticum*. W górnych odcinkach odczyn mało odchyla się od normy, jest jednak o tyle zmieniony, że podanie umiarkowanego śniadania węglowodanowego powoduje wyższy wzrost kwasoty, który utrzymuje się dłużej, niż u osobnika zdrowego. W dolnych odcinkach spostrzegamy wzrost kwasoty. Zawsze stwierdzamy brak autodezynfek-

cji. Powstaje zagadnienie, co jest pierwotne: usadowienie się zarazków, czy zaburzenia izojonji? Nasuwa się myśl, że patologiczne osiedlenie zarazków jest skutkiem zaburzeń wydzielania jelitowego, jakie, być może, wiąże się z uszkodzeniem ściany jelitowej, tem więcej, że autodezynfekcja jest niedostateczna. Zaburzenie wydzielnicze może polegać na zahamowaniu wydzielania (stolce fermentujące) lub na jego wzmożeniu (stolce gnilne). A więc dyspepsja gnilna i fermentacyjna polega na zakażeniu *bact. coli*, które, zależnie od warunków odczynu, powoduje fermentację albo gnicie. Fermentacja węglowodanów i rozkład białka nie wykluczają się wzajemnie, ale są zasadniczo zależne od odczynu i zawartości cukru. Przy pomocy próby fermentacyjnej możemy stwierdzić istnienie zakażenia wewnętrznego.

Rozwój zarazków okrężnicy w jelicie cienkiem w tem schorzeniu i w niektórych schorzeniach pęcherzyka żółciowego bez zmian we krwi powinien pouczyć nas, że nie należy obecności pałeczki okrężnicy w dwunastnicy wiązać przyczynowo i bez zastrzeżeń z niedokrwistością złośliwą. Uważam za niezbędne nie ograniczać się do badania dwunastnicy, ale poddać badaniu bakterjologicznemu *cały* przewód pokarmowy. Jeszcze dzisiaj stoję na stanowisku, że u większości chorych z niedokrwistością złośliwą stwierdzamy we florze jelita cienkiego odchylenia, na jakie poraz pierwszy wskazałem na Kongresie w Wiesbadenie w roku 1921. Na dużym materjale, jaki zdobyłem w Greifswaldzie i Gdańsku, stwierdziłem obfity rozwój flory normalnej, jednak wbrew twierdzeniu wielu autorów nie mogę potwierdzić stałej przewagi pałeczek okrężnicy. Coprawda stwierdzałem powiększenie ilości *Bact. coli*, szczególniej jednak *bact. aerogenes*, przy dłuższem spostrzeganiu widziałem jednak zmniejszenie tych gatunków mimo pogorszenia stanu. Znamienne, mojem zdaniem, jest wystąpienie w jelicie cienkiem beztlenowców, a więc flory właściwej okrężnicy. Niesłuszne jest określenie grupy *coli aerogenes*, jako flory okrężnicy (W. L o e h r), Jak dotychczas nie mamy zasady twierdzić, że bakterje te powodują niedokrwistość złośliwą. Wiemy wszak, że jednocześnie istnieją zaburzenia autodezynfekcji, zmiany pH, i że w zwężeniach jelita cienkiego może się zjawić niedokrwistość złośliwa. Wiemy

tylko, że w patogenezie niedokrwistości nadbarwikowej wielką rolę gra jelitowa teorja intoksykacyjna i zaburzenia czynnościowe jelit cienkich. Na uwagę pod tym względem zasługuje spostrzeżenie, jakie niedawno poczyniłem: u inwalidy wojennego z przestrzelonym żołądkiem rozwinęło się powoli zwężenie zstępującego odcinka dwunastnicy ze wszystkiemi objawami niedokrwistości złośliwej, Pozostałe jelito było najzupełniej drożne. Również i flora jelitowa była typowo zmieniona. Po zabiegu obraz krwi poprawił się, objawy nerwowe nie ustąpiły .

Inaczej rzecz się ma w różnych wtórnych postaciach niedokrwistości. Tak naprz. w kryptogenetycznej niedokrwistości niedobarwikowej *(Anaemia hypochroma)* stwierdziłem w łątnicy kolonje tężca i ustąpienie wszystkich objawów po usunięciu tych ognisk. Dalej rozwój paciorkowców hemolizujących w zapalnie zmienionem jelicie cienkiem ze wszystkiemi objawami niedokrwistości wtórnej, często z wyraźną posocznicą, z ogniskami przerzutowemi, naprz. w drogach moczowych. Stany te chorobowe pod wpływem leczenia jelitowego ulegały poprawie. Omijam tu szczegóły, o jakich już pisałem. Stany posocznicze odznaczały się perjodycznością i nagłem występowaniem kolejnych objawów, jak to znamy z przebiegu wtórnych stanów w przewlekłych schorzeniach zakaźnych. Dokładna diagnostyka czynnościowa pouczy nas, że wiele stanów chorobowych, uważanych dotychczas za odrębne jednostki, stanowi jedynie zmienne okresy tej samej jednostki chorobowej. Przeprowadzenie odpowiedniego leczenia jelitowego utwierdza nas w przekonaniu o pochodzeniu jelitowem niedokrwistości wtórnej i wyżej omówionych stanów posoczniczych, z drugiej strony zachęca do dalszych badań jelitowych w niedokrwistości złośliwej.

A więc stosunek schorzeń jelitowych do schorzeń ogólnych i zagadnienie autointoksykacji jelitowej nie są zagadnieniami natury czysto akademickiej. Cenny przyczynek do sprawy tej wnieśli G u t z e i t i W e n d t, którzy w sprawie chorobowej, odpowiadającej pojęciu zakażenia wewnątrzjelitowego (nieżyt żołądka, jelit bez wciągnięcia w sprawę pęcherzyka, dyspepsji fermentacyjnej i gnilnej) stwierdzali powiększenie wątroby i śledziony. Na zasadzie swych wyników dochodzą oni do wniosku, że z ogniska zapalnego w śluzówce przewodu następuje

wchłanianie jadów pochodzenia wewnętrznego, Jady te przez żyłę wrotną opanowują wątrobę, powodując jej obrzęk i przekraczają tamę wątrobową (stąd powiększenie śledziony). Odradza się więc znowu stary, dyspeptyczny przewlekły nieżyt wątroby (*Hepatitis dyspeptica chronica*), o jakim w roku 1887 pisali Bouchard i Hanot.

Działanie enterotoksyczne pochodzić może i z normalnej flory bakteryjnej, o ile wzrasta ona na niewłaściwem miejscu, lub też przepuszczalność jelita uległa wzmozeniu, dalej z pochodnych przemiany materji i jadów drobnou trojów jelitom niewłaściwych, wreszcie z rozkładu bakteryjnego lub zaczynowego ciał pokarmowych. Myślę tu nietylko o określonych ciałach, powstających przy rozpadzie białka, jakie w razie nadmiernego powstawania lub wchłaniania mogą powodować schorzenia skóry, zaburzenia nerwowe, wahania ciśnienia i regulacji cieplnej, ale i o pochodnych węglowodanów, jak naprz. aldehydy z ich działaniem ujemnem na śródbłonek naczyniowy, dalej o jadach wstrząsowych i uczynniających (aktywatorach) pochodzenia jelitowego. Z badań Langa, który stwierdził w niedrożności jelit całkowity upadek przemiany pośredniej węglowodanów, wynika, że mamy do czynienia z zatruciem pochodzenia wewnętrznego. Dokładniej zbadane są oparte na zaburzeniach jelitowych *pentosuria, polyneuritis, cyanosis enterogenes, infantilismus intestinalis* — i — jeżeli wolno mnie będzie tutaj zaliczyć — niektóre zatrucia pokarmowe.

Wgląd w patogenezę pewnych zaburzeń jelitowych, jaki zdobyliśmy dzięki patronowi i zgłębnikowi jelitowemu, stworzył nowe możliwości lecznicze. Ponad postępowanie objawowe, zbliżają nas one do ostatecznego celu — postępowania etjologicznego. Okazuje się, że w postaciach chorobowych jelit cienkich, które

1. wykazują patologiczną florę bakteryjną,
2. powodują zmianę odczynu normalnego i
3. powodują stan zapalny,

— często bez żadnego dalszego leczenia — długotrwałe i często powtarzane przemywania i płókania całego przewodu pokarmowego i wprowadzanie odpowiednich leków przynosi wybitne korzyści.

Zabiegi te polegają na dawno już znanych, ale niestety jeszcze mało stosowanych płókaniach jelitowych i pozajelitowych. Zaznaczę tu, że płókania te są wskazane w nieżytach dwunastnicy, zapaleniach pęcherzyka, kamicy żółciowej i jako postępowanie odtruwające w toksykozach pochodzenia jelitowego.

Cel tego postępowania polega głównie na możliwie długotrwałem leczeniu głębszych odcinków jelitowych. Należy dążyć do tego, aby w możliwie łatwy sposób usuwać natychmiast z jelit płyn, użyty do płókania, i przeprowadzić w ten sposób istotne płókanie i sączkowanie jelita. O wprowadzaniu leków, jakie można uskutecznić przez zwykły zgłębnik jelitowy, wspominam dlatego, że często łączę je z przemywaniami i płókaniami. Podkreślam, że jakkolwiek jest to metoda czysto kliniczna, może być zastosowana wszędzie, gdzie są chorzy leżący, gdyż nie wymaga ona wielkich przyrządów. Sprzeciw wobec wszelkich zabiegów pozadwunastniczych należy niewątpliwie przypisać małej krytyczności przy ustalaniu wskazań, jak to zwykle dzieje się wobec nowostosowanych metod ze szkodą dla nich. Postępowanie lecznicze pozadwunastnicze należy uznać za uzasadnione wtedy, kiedy stosowanie doustne zbytnio obarcza żołądek, istnieją zaburzenia czynności trawiennej żołądka, a w szczególności zachodzi obawa przedwczesnego wchłaniania, i dostateczne działanie na jelito nie da się osiągnąć.

Do wygodnego przeprowadzenia powyższych zabiegów okazał się celowym prosty p r z y r z ą d — *Entero-lavater* *), który można połączyć z moim zgłębnikiem dającym cień kontrastowy (Fig. 2). Zgłębnik posiada specjalną oliwkę, którą można doprowadzić do właściwego miejsca. Zamiast zwykłych zgłębników, podanych dla patronów jelitowych, zastosować można zgłębnik o świetle o 1 mm. szerszem.

Opis Entero-lavatera. (Fig. 1). Z naczynia A, które można umieścić na dowolnej wysokości, prowadzi zamykalny kanał B do rozdzielczego kurka C, jedna odnoga którego D drąży korek naczynia E, zapełnionego wodą, a drugie ramię F połączone

---

*) E n t e r o - l a v a t e r otrzymać można we firmie Georg Wolf, Berlin NW 6, Karlsstr. 18.

jest z kiszką G, ta zaś przy pomocy zamknięcia bajonetowego łączy się ze zgłębnikiem jelitowym. Przy ustaleniu rownoległem kurka do B płynie woda z irygatora przez kiszki B i G z irygatora do jelit. O ile kurek C będzie postawiony poprzecznie, a kurek H naczynia E otwarty, wtedy pod wpływem działania wsysającego wody w E płyn płóczący i zawartość jelit spływa przez zgłębnik i ramię F i D kurka C do otwartego zbiornika J, który wystaje ponad poziom wody i w miarę potrzeby może być zmieniany.

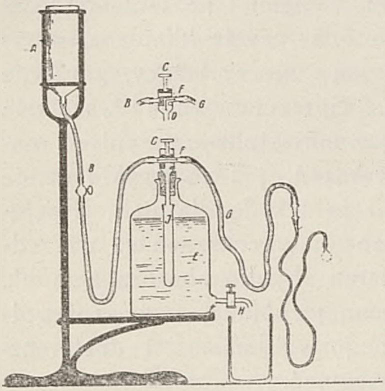


Fig. 1.

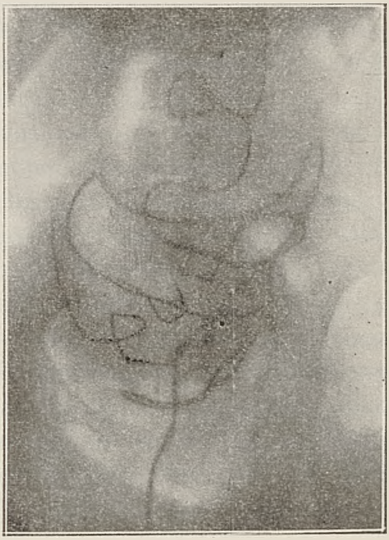


Fig. 2.

A więc ustawienie równoległe kurka C umożliwia stałe zraszanie i płókanie określonych odcinków jelit i wprowadzanie płynów na dowolnych odcinkach. Kolejne ustawienie równoległe i poprzeczne umożliwia płókanie jelit. Zabiegi mogą być wykonane pod zmiennem ciśnieniem. Zrozumiałem jest, że nie jest niezbędne usuwanie zgłębnika po każdym zabiegu leczniczym. Pozostawiałem go dla celów leczniczych do 8 tygodni bez jakichkolwiek objawów niepożądanych. Z wielu stron zgłaszanych skarg, iż chorzy często nie chcą połknąć zgłębnika, a szczególniej zatrzymać go przez czas dłuższy, nie mogę na zasadzie

własnego doświadczenia uznać za uzasadnione. Jeżeli chorym poprzednio wytłomaczy się cel zabiegu i wprowadza zgłębnik oględnie, niema powodu obawiać się sprzeciwu.

Przemywania mają w pierwszym rzędzie na celu oczyszczenie jelita od drażniących pozostałości po patologicznych sprawach trawiennych miazgi pokarmowej, wysięków zapalnych śluzówki, a w związku z tem zbyt bujnie wzrastającej lub patologicznej flory. Zgodnie z tym celem płókań stosujemy możliwie obojętne rozczyny: rozczyn fizjologiczny, słabe rozczyny boru i kamillosan (1,5 — 2 łyżki stołowe na litr wody), ostatni ewentualnie z dodaniem łyżki stołowej Calc. carb. Na zasadzie mego doświadczenia wystarcza to zupełnie. Płókania, od których zaczynamy leczenie, ale jakie i później możemy od czasu do czasu stosować, nie powinny być stosowane gwałtownie, szybko lub dużemi ilościami płynu. Są one najskuteczniejsze, kiedy do płókania używamy 1, najwyżej 2 litrów płynu i zabieg trwa 3 — 5 godzin.

Stałe płókanie i zraszanie określonych odcinków lub całego przewodu pokarmowego służy między innemi do opanowania patologicznych zmian odczynu w świetle jelit. Zależnie od odchylenia odczynu w kierunku kwaśnym lub zasadowym, możemy doprowadzić do stosunków normalnych przez wprowadzenie odpowiednich rozczynów tłumikowych fosforanów lub cytrynianów, a tem samem usunąć rozwój drobnoustrojów przez usunięcie odpowiedniego podłoża. Prowadzi to do ustąpienia patologicznych spraw fermentacyjnych i gnilnych. Rozczyny tłumikowe można łatwo przygotować podług wzorów Soerensen a. Leczenie to dało wyniki pomyślne w pierwszym rzędzie w zakażeniu jelit cienkich pochodzenia wewnętrznego. Zależnie od ciężkości przypadku można wprowadzać codziennie przez czas dłuższy 100 — 200 cm. Szczególnie wskazane są płókania płynami odkażającemi; naprz. trypaflawiną (0,5 na 100 ccm. soli fizjol.), przy zwalczaniu patologicznych tlenowców i beztlenowców. Jako środek pomocniczy okazało się celowe podawanie doustne Jodolu 5 razy dz. po 0,2 (do 2 gr. pro die). Przy zwalczaniu niestałych bakteryj w jelitach cienkich — naprz. paciorkowców — widziałem dobre wyniki ze stosowania doustnego — obok płókań rozczynami tłumikowemi i odkażającemi

— kultur zwykłych bakteryj jelitowych w mleku. Początkowo wprowadzałem szczególnie mocne kultury pozadwunastniczo przez zgłębnik. W ciężkim nieżycie wrzodziejącym esicy zalecam po początkowych płókaniach kątnicy i okrężnicy rozczynem fizjologicznym stosowanie Calc. carb. począwszy od 0,5 do 1% rozczynu od 300 — 1000 ccm. pro die. W razie potrzeby można stosować codziennie 1 litr 0,5 — 1% Calc. carb. z dodaniem T-ra myrrhae lub ichtyolu aż do ustąpienia krwi i śluzu i stwardnienia kału.

Płókania rozczynami hypertonicznemi mogą okazać się skuteczne niekiedy w zaparciu nawykowem. Einhorn stosuje 8 — 10 gr. $MgSO_4$ i 15 gr. Na_2SO_4 na 500 ccm. wody. Jutte 1 — 1,5 l. 1% rozczynu mydła. Jestem jednak zdania, że w zaparciu nawykowem zwykle możemy obejść się bez leczenia zgłębnikiem.

Wprowadzenie określonych leków stosowałem dotychczas głównie do uzupełnienia płókań. Dodanie tanniny, t-rae myrrhae, ichtyolu, bism. subgall. do płynu do płókań — nawet przy najwięcej krytycznej rezerwie — szczególnie w stanach ciężkich wpływały, jak się zdaje, przyśpieszająco na osiągnięcie pożądanego wyniku.

Z rękopisu niemieckiego przełożył

Dr. Ludwik Justman.

PIŚMIENNICTWO.

van der Reis. Handb. von Abderhalden, wyd. II. cz. IV, dział 6-1, str. 621
„ Brugsch—Schittenhelm, Klin. Laboratoriumstechnik, wyd. 11, T. 3.
„ Ergeb. d. inneren Med., T. 27, str. 77.
„ Funktionsprüffung innerer Organe, wyd. 2. Wyd. Springer.

Leczenie operacyjne opuszczenia żołądka drogą podwieszania i sfałdowania dużej krzywizny.

(Traitement chirurgical de la ptose gastrique par l'operation de suspension—coulisage de la grande courbure).

Podał

Prof. O. LAMBRET (Lille).

Opuszczenie żołądka jest właściwie niczem innem, jak nadmiernem wydłużeniem tego narządu, bowiem nader rzadko stwierdzamy, by duża krzywizna się odsunęła na znacznej przestrzeni od przepony. Dalszy dowód stanowi fakt, że górna część pozioma dwunastnicy w większości przypadków opuszczenia żołądka pozostaje na wysokości 2-go kręgu lędźwiowego. W tych warunkach cały żołądek, szczególnie jego prawa część, zwisa w postaci worka ku dołowi. O ile górny odcinek dwunastnicy nie pozostaje na swojem miejscu, opuszcza się ku małej miednicy nietylko część środkowa żołądka, ale też część przyoddźwiernikowa, oddźwiernik i górny odcinek dwunastnicy. Zmiany te anatomiczne tłomaczą nam zaburzenia czynnościowe, które występują w tem schorzeniu; stanowią one cenną wskazówkę dla wyboru odpowiedniego sposobu leczenia.

Zaburzenia fizjologiczne są spowodowane: 1) pociąganiem małej sieci i następnem podrażnieniem nerwów w niej przebiegających oraz 2) przesunięciem przewodu wspólnego żółciowego i przewodu trzustkowego. Wydzielanie żółci i zaczynów trzustkowych odbywa się nieregularnie i opóźnia się. 3) Różnica w wysokości górnego odcinka dwunastnicy, pozostającego na swojem miejscu a najniższym punktem opadniętego i sięgającego aż do małej miednicy żołądka może wynosić więcej, niż 16 cm., i powoduje znaczny zastój pokarmów w żołądku. Przesunięcie miazgi pokarmowej z małej miednicy na wysokość 2-go kręgu

lędźwiowego wymaga od ściany żołądka zwiększonej pracy. Po pewnym czasie mięśniówka żołądka odmawia posłuszeństwa i pokarm z powodu niedostatecznej pracy mięśni nie jest w stanie przedostać się do dwunastnicy i opada z powrotem na dno żołądka. 4) W dalszym przebiegu choroby zaczyna niedomagać dwunastnica, pokarm zaczyna zalegać w środkowym i dolnym odcinku, powyżej zgięcia dwunastniczo-jelitowego powstaje rozszerzenie i zwiotczenie ściany dwunastnicy, co nie jest bez znaczenia dla ogólnego stanu odżywiania. (Spadek wagi ciała, astenia, migrena i t. d.). Równocześnie stwierdzamy u tych chorych szereg zmian ze strony układu roślinnego, które się wzmagają w późniejszym okresie chorobowym. Wytwarza się błędne koło. Lekarz nie dość obeznany z objawami i następstwami opuszczenia żołądka, nie może należycie ocenić zgubnego wpływu tego cierpienia na ogólny stan chorego i nie jest w stanie skierować leczenia na odpowiednią drogę. Wytyczne, któremi się kierujemy w naszej metodzie postępowania zapomocą odpowiedniego zabiegu, są następujące. Należy:

I. Przeciwdziałać pociąganiu nerwów w małej i dużej sieci, przewodzie żółciowym i trzustkowym oraz dwunastnicy.

II. Podnieść dno żołądka i ułatwić opróżnianie się narządu, wytwarzając między osią oddźwiernikową a górnem ramieniem dwunastnicy kąt szeroko rozwarty.

III. Zabieg należy tak przeprowadzić, by czynność żołądka odbywała się zupełnie prawidłowo.

S p o s ó b p r z e z n a s p o d a n y p o l e g a n a:

a) Wykrojeniu płatu powięziowego z przedniej ściany pochwy mięśnia prawego prostego w postaci wąskiej wstążki, który u góry pozostaje w łączności z pochwą mięśnia. Dolny wolny koniec przeprowadza się przez otwór w otrzewnej do jamy brzusznej i przymocowuje się do okrągłego wiązadła wątroby. Powstaje rodzaj hamaku, w którym się wiesza i umocowuje podniesiony żołądek.

b) Druga część zabiegu polega na sfałdowaniu i zmarszczeniu żołądka, jak firanki na drążku. Do tego celu służy nam wstążka wycięta z powięzi.

O p i s t e c h n i k i o p e r a c y j n e j:

Operację możemy podzielić na dwa akty.

I. Akt rozgrywa się nazewnątrz jamy brzusznej, II. wewnątrz. Cięciem środkowem nadpępkowem otwiera się jamę otrzewnową dla sprawdzenia istotnego stanu rzeczy, czy mamy do czynienia z zwyczajnem opuszczeniem żołądka, czy powikłanem jeszcze innem schorzeniem, szczególnie w obrębie dróg żółciowych.

Następnie przystępujemy do wypreparowania płatu powięziowego.

W tym celu należy cięcie środkowe uzupełnić cięciem skośnem długości 4—5 cm. lub przeprowadzić drugie cięcie

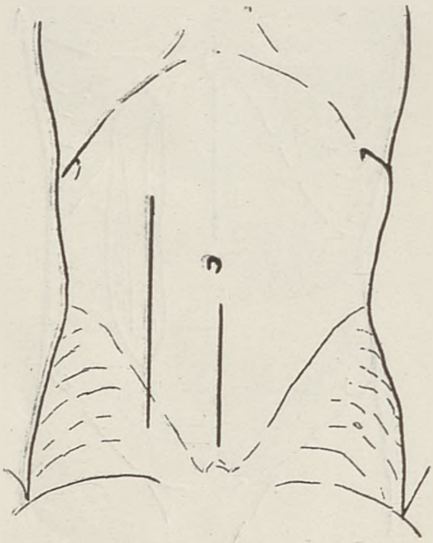


fig. 1.

prawostronne równoległe do pierwszego w odległości 4 cm. nawew. od linji sutkowej, sięgające na szerokość dwóch palcy poniżej pępka. W pierwszym sposobie w dolnym odcinku rany tworzą się łatwo krwiaki niepożądane, drugi sposób może mniej estetyczny, ale pewniejszy i dający lepszy dostęp do powięzi mięśnia prostego. Po obnażeniu przedniej ściany pochwy m. prostego wycina się ze środkowej warstwy powięzi płat o nóżce nieco szerszej, niż dalszy jego ciąg położony powyżej łuku żebrowego. Rozmiary płata: długość 12—13 cm., szerokość 2 cm.

Wypreparowanie tego płatu polega na przeprowadzeniu dwóch podłużnych równoległych do siebie cięć w przedniej pochewce m. prostego i połączenia tychże u dołu zapomocą cięcia poprzecznego, Następnie rozpoczynamy oddzielenie płatu od mięśnia w kierunku od dołu ku górze.

W miejscu smug ścięgnistych mięśnia natrafiamy na pewne trudności w oddzielaniu powięzi. Należy raczej wyciąć część smugi ścięgnistej niż naciąć płat powięziowy, który powinien pozostać nienaruszony i nieuszkodzony ze względu na swą decydującą rolę w dalszym przebiegu operacji. (Fig. 1 i 2).

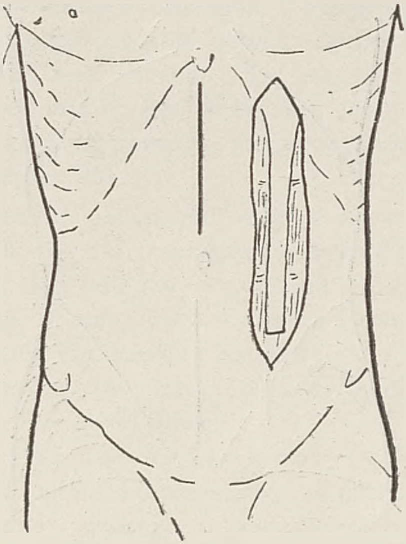


fig. 2.

III. Robimy otwór w otrzewnej i tylnej pochwie mięśnia prostego od strony jamy otrzewnowej i wprowadzamy dolny wolny koniec płatu dowewnątrz. Otwór winien być niewielki, wystarczający tylko dla przeprowadzenia szerokiego na 2 cm. płatu powięziowego. Wykonujemy ten manewr za pomocą długich zagiętych kleszczyków (Fig. 3).

IV. Następny akt operacji stanowi umocowanie wstążki powięziowej do przedniej ściany żołądka wzdłuż dużej krzywizny i sfałdowanie tej ostatniej na tym płacie. Po wyciągnię-

ciu żołądka nazewnątrz rozpoczynamy możliwie wysoko na dużej krzywiźnie zakładać szwy na otrzewnę żołądkową sposobem Lembert'a lub Cusching'a w celu wgłębienia płatu powięziowego w przednią ścianę żołądka. W najwyższym odcinku może być tunel nieco szerszy, by nie wywierał ucisku i nie wpływał ujemnie na odżywianie podstawy płata, w dalszym przebiegu należy światło tunelu zwęzić, by przylegał szczelnie do wstążki powięziowej i utrudniał przesuwanie się płata po ścianie żołądka. Z drugiej strony ucisk nie może być zbyt silny,

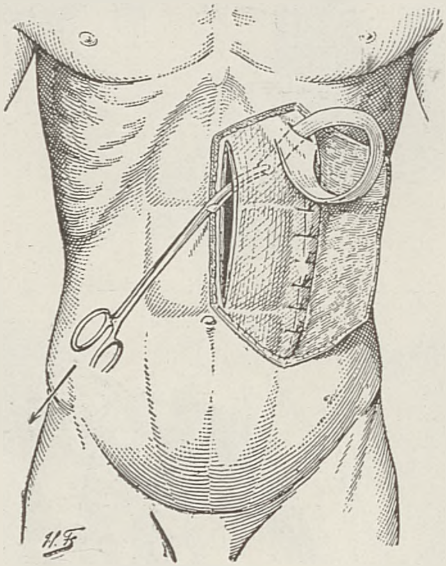


fig. 3.

by nie nastąpiło obumarcie tego odcinka powięzi. Nakładając te szwy, fałdujemy i marszczymy żołądek wzdłuż osi podłużnej. Tunel ten kończy się na odległości 3 cm. od oddźwiernika, ostatni szew fałdujący zakładamy trochę dalej od dużej krzywizny, by możliwie wysoko unieść żołądek. (Fig. 4 i 5).

V. Wolny koniec wstążki powięziowej unosimy prostopadle lub skośnie ku górze, krzyżując oddźwiernik i umocowujemy dwoma lub trzema szwami do wieszadła okrągłego wątroby u jego początku. Wiąz ten stanowi dostatecznie mocny punkt oparcia dla uniesionego ku górze żołądka. (Fig. 6).

VI. Po wykonaniu tego zabiegu zamykamy ścianę brzuszną nakładając 3-piętrowy szew. W miejscu cięcia naprostnego mo-

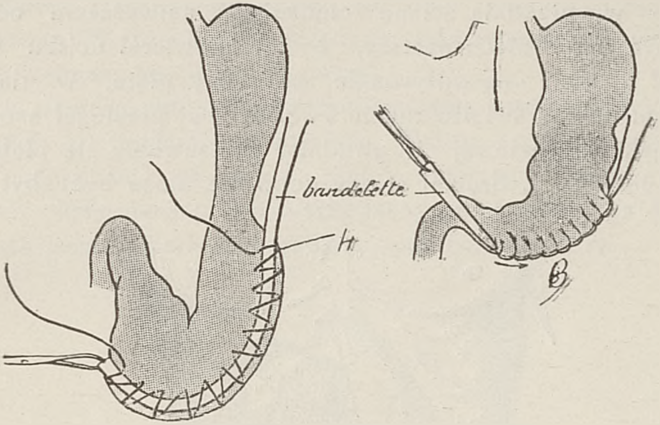


fig. 4.

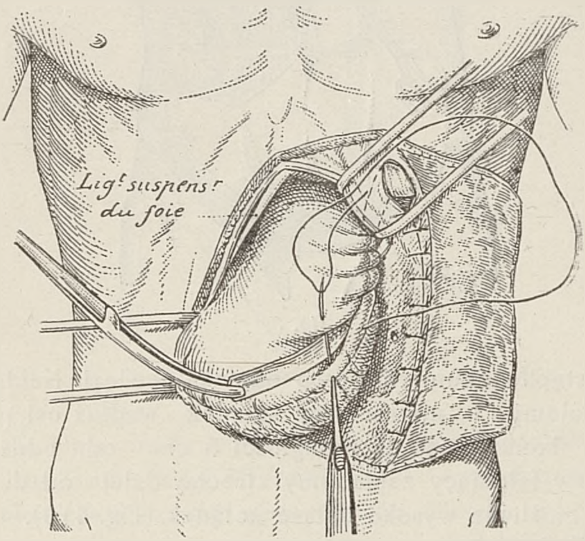


fig. 5.

żemy zrezygnować ze szwu na przednią pochwę mięśnia prostego pod warunkiem, że podwiązaliśmy każde najdrobniejsze naczynie i zatamowaliśmy bodaj najmniejsze krwawienie. Nigdy

nie mieliśmy z tego powodu jakichkolwiek powikłań i nie spostrzegaliśmy powstania przepuklin. W wyniku operacji żołądek jest uniesiony i posiada dwa punkty oparcia: jeden nieruchomy, t. j. podstawa płata powięziowego, drugi względnie ruchomy, t. j. wiązadło okrągłe wątroby. Żołądek powrócił do prawidłowych rozmiarów i prawidłowego położenia.

Przebieg pooperacyjny:

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że zabieg powyżej wymieniony nie daje śmiertelności.

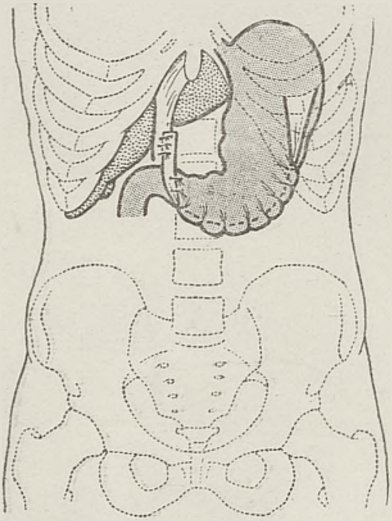


fig. 6.

Spostrzegaliśmy następujące powikłania:

1. Nieraz wytwarza się krwiak mniejszych lub większych rozmiarów w ścianie brzucha. Uniknąć go możemy przez dokładne tamowanie krwi stosownie do znieczulenia miejscowego novocainy z domieszką adrenaliny i wykonywanie dwóch cięć w ścianie brzusznej równoległych do siebie.

2. Zjawiają się bóle o różnem nasileniu w miejscu szypuły płata powięziowego. Bóle te występują przeważnie przy głębokim oddechu, przy pewnych wysiłkach, po spożytym posiłku. Dolegliwości mijają po kilku tygodniach.

Od czasu jak przeprowadzamy płat powięziowy do jamy

brzusznej specjalnem narzędziem przez możliwie wąski otwór, bóle występują rzadziej.

Późne wyniki:

Od marca 1927 r. operowano 56 chorych tą metodą.



fig. 7.

W 17 przypadkach wykonano zabieg dodatkowy z powodu współistniejących schorzeń: 2 razy zrobiono wycięcie pęcherza żółciowego, 3 razy uniesiono i umocowano równocześnie i jelita. 2-krotnie dodano połączenie dwunastniczo-jelitowe, 10 razy usu-

nięto zrosty około dwunastnicy i pęcherza żółciowego. Z wyjątkiem dwóch chorych wszyscy pacjenci byli kilkakrotnie kontrolowani. Po odliczeniu 4 przypadków niedawno operowanych rozporządzamy materjałem z 50 przypadków starannie skontrolowanych. Pierwsi chorzy byli operowani naszą metodą przed 4 laty.



fig. 8.

Obserwacje dosyć długie, by móc wypowiedzieć się o wyniku ostatecznym.

Mamy do zanotowania: tylko 3 wyniki niezadawalające.

W 3 przypadkach puścił szew umocowujący płat powięziowy do wiązadła wątrobowego i żołądek ponownie opadł do miednicy.

W 2 przypadkach mieliśmy do czynienia z osobnikami o podłożu psychopatycznem. Badania bowiem kliniczne i rentgenologiczne, kilkakrotnie przeprowadzane, wykazywały za każdym razem zupełną poprawę.

Kontrola pozostałych 17 chorych wykazuje b. dobry wynik po operacji. Poprawa objawia się klinicznie przedewszystkiem ustąpieniem bólów i dolegliwości podczas trawienia po jedzeniu. Niektórzy z chorych odczuwają wprawdzie od czasu do czasu pewien ciężar w dołku, ale wyraźnie twierdzą, że obecny ich stan nie można nawet porównać z przedoperacyjnym. Powrót do prawidłowych stosunków w jamie brzusznej i do normalnego trawienia ma dodatni wpływ na ogólny stan zdrowia. Na wadze przybywa, znikają bóle i zawroty głowy, ustępują objawy astenji, chorzy powracają do swej pracy zawodowej.

Ta poprawa następuje zwykle tak szybko, że jeżeli rekonwalescencja się opóźnia, zaczynamy podejrzewać, czy nie przeoczyliśmy podczas zabiegu innego cierpienia. W przypadku równoczesnego zalegania w dwunastnicy należy dodać zespolenie dwunastniczo-jelitowe. Uniesienie i umocowanie żołądka nie ma wpływu na środkowy i dolny odcinek dwunastnicy. Zaleganie w tej części dwunastnicy, istniejące już przed operacją i następcze rozszerzenie może się nawet powiększyć pod wpływem zabiegu na żołądku. Należy je usunąć drogą połączenia z jelitem czczem.

Zaparcie stolca ustępuje nieraz już po samym zabiegu na żołądku. W pewnych przypadkach musimy wykonać zabieg uniesienia i umocowania zbyt ruchomego zgięcia wątrobowego. Za gadnienie to będzie przedmiotem osobnej publikacji.

Kończąc tę pracę możemy więc stwierdzić, że z wyjątkiem 3 chorych osiągnęliśmy we wszystkich przypadkach pod względem klinicznym zupełne i trwałe wyleczenie. Mimo że należy zawsze z wielką ostrożnością używać wyrazu „wyleczenie", uważamy się za uprawnionych w ten sposób ocenić wyniki naszej operacji. Ustąpienie wszystkich objawów klinicznych i poprawa ogólnego stanu upoważnia nas do tego.

Potwierdzenie wyżej powiedzianego znajdujemy w badaniu kontrolnem promieniami X. Wymiar podłużny żołądka znacznie zmniejszony, opadnięcie atoniczne dna żołądka zniknęło, oś

opuszkowo-oddźwiernikowa zbliża się do linji poziomej, kąt górnego odcinka dwunastnicy rozwarty, opróżnianie żołądka prawidłowe. Bardzo dobry wynik w leczeniu osiągnęliśmy drogą łagodnego i zupełnie bezpiecznego zabiegu operacyjnego. Należy zabieg ten zalecać i wykonywać we względnie wczesnych okresach schorzenia, nim wystąpią objawy ogólne, jak upadek sił, apetytu i wagi oraz zaburzenia w układzie współczulnym i dokrewnym.

Z rękopisu francuskiego przełożył
Dr. Franciszek Niewiadomski.

Nowe metody lecznicze ciężkiego nieżytu wrzodziejącego okrężnicy.

(Neuere Behandlungsmethoden der Colitis ulcerosa gravis).

podał
Dr. WALTER ZWEIG,
Dyrektor ambulatorjum i Szpitala „Mariahilf" we Wiedniu.

Colitis gravis ulcerosa lub *suppurativa* polega na przewlekłem ciężkiem zapaleniu okrężnicy, powikłanem licznemi owrzodzeniami. Siedliskiem cierpienia jest zwykle esica i prostnica, jednak w cięższych przypadkach sprawa przechodzi również na poprzecznicę i kątnicę. Geneza tego nieżytu jest zawsze bakteryjna, w większości przypadków *Colitis* jest pozostałością po przebytej dawniej czerwonce, lub też jest ona wywołana przez szczególnie zjadliwy szczep pałeczek okrężnicy. Przy badaniu bakterjologicznem nie stwierdzamy nigdy pełzaków, ani bakteryj czerwonki, również odczyn zlepny we krwi na czerwonkę bywa w większości przypadków ujemny. Tem niemniej musimy przyjąć, że tak znaczne rozpowszechnienie w latach ostatnich przypadków *Colitis ulc.* sprowadza się do przebytej podczas wojny i często nierozpoznanej czerwonki. Między ostrem schorzeniem, a przewlekle przebiegającym nieżytem może upłynąć

wiele lat zupełnie dobrego samopoczucia. Ten zastanawiający fakt możemy najlepiej porównać z zapaleniem pęcherzyka żółciowego po durze, gdzie również pomiędzy infekcją durową, a zapaleniem pęcherzyka upływa również niekiedy wiele lat zupełnego zdrowia.

Colitis ulcerosa stanowi jeden z najniewdzięczniejszych objektów leczniczych. Wewnętrzne leczenie zachowawcze daje wyniki tak samo niezadawalające, jak postępowanie chirurgiczne w tem ciężkiem cierpieniu. Tylko w przypadkach zupełnie beznadziejnych, kiedy wszystkie metody postępowania zachowawczego okazały się bezużyteczne, a chorym, skutkiem utraty krwi, ropień i ciężkich biegunek grozi zupełne wyczerpanie, decydujemy się na zabieg. Zalecana zwykle *appendicostomia*, jak również i *coecostomia*, prawie nigdy nie dają wyników pomyślnych. Tylko całkowite wyłączenie okrężnicy przy kątnicy z założeniem sztucznego odbytu zapewnia całkowite odprowadzenie kału od schorzałej śluzówki okrężnicy, i to dopiero umożliwia zastosowanie odpowiedniego leczenia wyłączonej okrężnicy i prowadzi do wyleczenia. Jednak nie należy zapominać, że wyleczenie wszystkich owrzodzeń wymaga niekiedy kilku lat, i nic nie jest bardziej błędne, jak przedwczesne zamknięcie odbytu. O ile płókanie wyłączonej okrężnicy przez wiele tygodni nie wykaże zupełnie obecności śluzu i krwi, a wziernikowanie pozwoli nam na objektywne ustalenie całkowitego zagojenia owrzodzeń, wtedy możemy zadecydować zamknięcie sztucznego odbytu. W ciągu mej 30-letniej działalności lekarskiej poddałem zabiegowi lekarskiemu ogółem 18 przypadków *Colitis ulcerosa*. Z tego zaledwie 3 przypadki są zupełnie wyleczone; miały one odbyt sztuczny od 2 do 5 lat. W związku z zabiegiem zmarło 6 przypadków, z tego 2 na zapalenie otrzewnej, trzy na niedające się opanować biegunki, jeden na pooperacyjne zapalenie płuc. 9 przypadków pozostało niewyleczonych i po dzień dzisiejszy mają sztuczny odbyt. Tej niezmiernie niepomyślnej statystyce leczenia chirurgicznego *Colitis ulcerosa* odpowiada prawie również niepomyślna statystyka leczenia zachowawczego. Coprawda z około 150 spostrzeganych przypadków nie miałem ani jednego zejścia śmiertelnego. Wyleczonych postępowaniem zachowawczem mam 30 przypadków, podczas gdy wszystkie pozostałe chorują stale

nadal. W przypadkach operacyjnych spostrzegałem więc wyleczenie w 16%, śmiertelność zaś 33%; niewyleczonych 50%. Przy postępowaniu zachowawczem śmiertelność równa się 0%, wyleczenie nastąpiło w 20%, stan bez zmiany w 80%.

Leczenie wewnętrzne nieżytu wrzodziejącego polega na podawaniu ostrożnej diety oszczędzającej, przyczem jarzyny i kompoty w razie zaparcia podawane są w postaci purée, a wszystkie pokarmy zawierające błonnik, jak chleb razowy, owoce, kapusta, sałata, ogórki winny być skreślone. Masło, mleko i śmietanka są zwykle dobrze znoszone i służą do podniesienia stanu odżywienia. Miejscowe leczenie powinno być stosowane wyłącznie na drodze rektoskopowej. Zasadniczo odrzucam wielkie lawatywy z dodatkiem najprzeróżniejszych środków leczniczych, gdyż sztuczne rozszerzenie światła jelita powoduje rozciągnięcie wrzodów, co powoduje przeważnie pogorszenie cierpienia. Na moim oddziele stosuję od wielu lat następujące leczenie rektoskopowe: Chorych przed wprowadzeniem rektoskopu nie płóczę nigdy. Oczyszczam błonę śluzową od krwi, śluzu i ropy przez rektoskop zapomocą starannego stosowania wacików. Przy pomocy pulweryzatora przysypuję owrzodzoną śluzówkę proszkiem następującym: Dermatol 30,0, Acid. tannic. 10,0, Natr. chl. 3,0. Przy przewadze krwawień dodaję jeszcze do tego proszku Stryphnon in pulvere lub Clauden 10 g. Przy silnem ropieniu zraszam śluzówkę esicy i odbytnicy specjalnie skonstruowaną przezemnie strzykawką odbytniczą 2% rozczynem Yatrenu. Argentum nitricum jest stosowane wyłącznie w końcowym okresie schorzenia, kiedy już powstały zmiany zanikowe. Przy pulchnej śluzówce i owrzodzeniach jest Argentum nitricum surowo przeciwwskazane.

Szczególniej skuteczny okazał się w leczeniu przypadków, wynikających na tle przewlekłej czerwonki Yatren 105. Nawet w przypadkach rozpaczliwych, gdzie wszystkie wysiłki lecznicze okazały się nieskuteczne, spostrzegałem zdziwiająco szybką poprawę obrazu przedmiotowego i ogólnego stanu odżywiania. Yatren podaję w pigułkach po 0,25 — 0,5 3 razy dziennie krótko przed lub po jedzeniu. Do zraszania stosuję 2 — 3% rozczyny wodne, do których można dodać kilka kropel nalewki jodowej. W niektórych przypadkach Yatren powoduje biegunki. Podaję

wtedy jednocześnie proszek, składający się z Bismutum betanaptholicum i wapnia (caphobina). Yatren rozpuszcza się w wodzie przy temperaturze 70—80 stopni; rozczyn ochładza się do 37 C. O ile ze względu na warunki zewnętrzne, leczenie rektoskopowe jest niemożliwe, można zastosować małe lawatywki, składające się z 50—100g. 2% rozczynu Yatrenu. Lawatywki te winny być zatrzymane w kiszce przez 6 — 8 godzin. Leczenie to stosujemy codziennie przez 3 tygodnie. W schorzeniach wywołanych przez laseczniki okrężnicy, stosowanie Yatrenu daje wyniki pomyślne bardzo rzadko.

Drugą współczesną metodą leczenia nieżytu wrzodziejącego jest przetaczanie krwi, które nierzadko daje nam wybitną poprawę. S t r a u s s osiągnął tą metodą wybitną poprawę w 2 beznadziejnych przypadkach. Ja sam spostrzegałem również wpływ dodatni w 2 przypadkach. Jeden z nich dotyczył 10-letniego chłopca, u którego w początkach mej obserwacji stwierdziłem stan rozpaczliwy: wybitne niedożywienie, gorączkę, brak łaknienia i nie dające się opanować biegunki krwawe. Przetoczenie 300 cm. krwi spowodowało wybitną poprawę obrazu krwi; gorączka zaczęła powoli opadać i przy równoczesnem leczeniu miejscowem przez rektoskop stan ogólny oraz stan śluzówki okrężnicy poprawił się tak znakomicie, że chory po 4-miesięcznem leczeniu może być uważany za nieomal zdrowego. Teoretyczne uzasadnienie pomyślnego wpływu przetaczania krwi w nieżycie wrzodziejącym nasuwa niewątpliwie duże trudności. Jeżeli będziemy uważali schorzenie to, jako zakaźne, to pomyślne działanie przetaczania może polegać na tem, że przez wprowadzenie zdrowej krwi do chorego ustroju przenikają siły ochronne i ciała działające uodparniająco i powodują zahamowanie zgubnej sprawy infekcyjnej. W każdym razie winniśmy częściej niż dotychczas, uciekać się do przetaczania, szczególniej w przypadkach ciężkich, powiązanych ze silną niedokrwistością.

W ostatnich czasach stosują w Colitis ulcerosa autoszczepionkę, przyrządzoną z ropy, pochodzącej z owrzodzeń danego chorego. B o r g b j a e r g (Kopenhaga) widział w 2 przypadkach pomyślne wyniki stosowania tej metody. Ja stosowałem autoszczepionkę tylko w jednym przypadku, nie mogłem jednak przekonać się o pomyślnem działaniu tej metody. Być może, że

większy szereg przypadków stosowania tej etjologicznie pomyślanej metody da lepsze wyniki,

Mam nadzieję, że omówienie powyżej przytoczonych metod postępowania leczniczego dowodzi, że nie stoimy całkowicie bezradnie wobec ciężkiego obrazu chorobowego nieżytu wrzodziejącego i że musimy zastosować wszystkie metody postępowania zachowawczego, zanim poweźmiemy niezmiernie odpowiedzialną decyzję o niezbędności zabiegu operacyjnego.

Z rękopisu niemieckiego przełożył

Dr. Ludwik Justman.

(Z I Oddziału wewn. Szpitala „Rudolfstiftung" w Wiedniu).

Uwagi o wrzodzie trawiennym jelita czczego.

(Ze stanowiska kliniki wewnętrznej).

(Bemerkungen über das Ulcus Pepticum jejunale. Vom Standpunkt der inneren Klinik).

Podał

Prof. Dr. GUSTAW SINGER.

W ostatnich latach interniści mają coraz częściej do czynienia z wrzodem trawiennym jelita czczego. Statystyka ruchu chorych na moim oddziale w ostatnim dziesiątku lat wykazuje wzrost liczby chorych na wrzód trawienny jelita. Szczególnie w dawniejszych latach, kiedy szybciej i częściej kierowaliśmy chorych wrzodowych do operacji, zapełniał się nasz oddział tego rodzaju chorymi. I obecnie od czasu do czasu zgłaszają się do nas chorzy z nawrotem dolegliwości żołądkowych po zabiegu. Często podają oni w wywiadach, że byli już kilkakrotnie operowani i wobec tego, że bóle po pierwszej operacji nie ustępowały, usuwano im wyrostek robaczkowy lub pęcherzyk żółciowy albo ponawiano zabieg na żołądku. Dopiero wtedy, kiedy wszystkie te zabiegi nie przynosiły żadnej ulgi, a nawet

pogarszały dawne dolegliwości, zgłaszają się ci chorzy do nas z powrotem, szukając ratunku i wybawienia od cierpień. Winę ponoszą chirurdzy, którzy w przeważnej liczbie stoją na stanowisku doszczętnego leczenia operacyjnego wrzodu trawiennego jelita czczego.

Niezawsze jednak wycięcie żołądka wystarcza, dolegliwości trwają nadal, chirurg ponawia wycięcie, zmniejszając kikut żołądka do tak nikłych rozmiarów, że dalsze operacje z powodu trudności technicznych są już niemożliwe.

Dla ilustracji powyższych słów przytoczę historję choroby 41-letniego lekarza rosyjskiego, który w ostatnich 10 latach swego życia poddał się dwukrotnie operacji zespolenia żołądkowo-jelitowego, w Berlinie operowany przez Körtego, w Paryżu przez Hartmana. Następnie Finsterer wykonał rozległe wycięcie z powodu powtarzających się krwotoków i bólów. Po 8 miesiącach dalszych cierpień ponowna rezekcja, wykonana przez Finsterera, z zejściem śmiertelnem.

Źródło niepowodzeń chirurgicznych leży w tem, że wprawdzie choroba wrzodowa rozwija się w żołądku, ale nie jest schorzeniem miejscowem, tylko ogólnem.

Prawdopodobnie istnieje specjalne podłoże ustrojowe i pewne usposobienie do rozwoju tej choroby. Osobiście już w r. 1916 twierdziłem, że nerw błędny odgrywa w tem niepoślednią rolę. Pierwsze zmiany patologiczne zachodzą w jądrach nerwu błędnego, w 4-ej komorze i w rdzeniu przedłużonym lub są następstwem gruźliczych zmian w płucach i wnękach i wtórnego schorzenia nerwu błędnego w jego dalszym przebiegu. W innych badaniach i pracach kilkakrotnie zwracałem uwagę na te sprawy chorobowe. (Kraus-Brugsch: Abh. ü. Ulcus duodeni, Arch. f. Verdauungs Krkh. Bd. 28 3/4, Arch. Bd. 43).

Zmiany zapalne i zanikowe w pniu nerwu błędnego, niejednokrotnie potwierdzone histologicznie wyjaśniają dostatecznie powstanie uporczywych i odnawiających się schorzeń żołądkowych. Zaburzenia anatomiczne w przebiegu nerwu błędnego powyżej jego rozgałęzień w przewodzie pokarmowym przemawiają więcej do przekonania, niż teorja patogenezy wrzodowej, oparta na zmianach napięcia (tonus) w układzie parasympatycznym,

Powyższe uwagi tyczą się właściwie tylko zagadnienia pewnego usposobienia i skłonności do choroby wrzodowej. Źródło schorzenia tkwi jednak w błonie śluzowej, Należy tu wymienić w pierwszej linji przewlekły nieżyt żołądka z przerostem gruczołów trawiennych i śluzówki (K o n j e t z n y). Jak widzimy z tego, co wyżej powiedziane, wrzód żołądka w świetle nowych badań nie jest schorzeniem umiejscowionem w jednym odcinku żołądka, ale conajmniej cierpieniem całego narządu o podłożu ogólnem. Z tego powodu wszelkie zabiegi chirurgiczne nie mają racji bytu. Część chirurgów już skłania się ku temu, ale niestety po tysiącach operacji, które nie dały wyleczenia. Na przyszłość powinniśmy być ostrożniejsi w kwalifikowaniu chorych do zabiegu,

To samo stanowisko należy zająć w stosunku do wrzodu trawiennego jelita czczego. Dotychczas leczenie tych wrzodów pozostawało wyłącznie w rękach chirurgów. Przyczyny powstawania tych wrzodów należy szukać przedewszystkiem w samym zabiegu chirurgicznym. Chirurdzy są tego samego zdania, jedni obierają tę metodę operacyjną inni inną. Stąd ten rozłam wśród chirurgów, spór między zwolennikami sposobów zachowawczych (zespolenie) a wyznawcami radykalizmu (wycięcie). Dziś naogół przeważa ten ostatni kierunek.

Wycięcie dwóch trzecich żołądka, niwecząc jego działalność wydzielniczą, usuwa rzekomo podłoże choroby. Już przed laty wskazywałem, że nawet nieznaczna ilość kwasów, wytwarzanych w małym kikucie po wycięciu, wystarczy przy odpowiedniem usposobieniu wrzodowem do powstania wrzodu trawiennego jelitowego nawet po bardzo rozległych wycięciach. W przypadkach o tak uporczywem przebiegu proponują chirurdzy założenie przetoki w jelicie czczem. Ale i to nie chroni od nawrotu, jak poucza następujący przypadek:

U chorego R. F., leczonego od 2-ch lat na wrzód żołądka, stwierdzono przy operacji stwardnienie bliznowate całej małej krzywizny na tle wrzodu. Nie mogąc wykonać zabiegu doszczętnego, ograniczono się do założenia przetoki jelita czczego. Poprawa. Po 15-tu latach nawrót. Ponowna operacja wykazała modzelowaty wrzód dwunastnicy, mały wrzód przedoddźwiernikowy i kilka mniejszych owrzodzeń wzdłuż małej krzywizny. Wycięcie

żołądka. Od tego czasu stała poprawa, przyrost wagi. Przypadek ten poucza nas o przewadze czynników ogólnych ustrojowych nad zaburzeniami miejscowemi.

O etiologji tego schorzenia będę mówił dalej przy omawianiu metody zachowawczej, stosowanej przezemnie. Skontrolowałem 52 przypadki leczone w 1922—30.

Pośród tych chorych nie mieliśmy ani jednego przypadku z krwotokiem. W okresie 1922—25 były leczone dwa przypadki z przedziurawieniem wrzodu, jeden (po zespoleniu) poprawił się znakomicie, przybyło na wadze 15 klg., później pogorszenie i śmierć; drugi, również po operacji wycięcia sposobem Billrotha II, skończył się fatalnie. 2 wrzody jelita leczone nowoprotiną: jeden z bardzo dobrym wynikiem, w drugim wynik średni. 22 przypadki niepowikłanego wrzodu trawiennego jelita czczego: 4 bardzo dobre wyniki, 5 dobrych, 7 średnich, 4 złe, 5 niepewnych.

Od 1925 do września 1930 leczono 25-ciu chorych, z tego 14-tu leczono nowoprotiną, 2 cibalbuminą. Wyniki: 2 bardzo dobre, dobrych 14, średnich 4, złe 2 i niepewne 2.

W obecnym artykule trudno mi dokładnie przedstawić przebieg choroby u poszczególnych chorych. Historje choroby wszystkich wyżej wymienionych chorych będą przedstawione dokładnie w monografji, która się wkrótce ukaże w druku. W ostatnich latach leczę przeważnie wrzody trawienne jelita czczego oraz żołądka i dwunastnicy zastrzykami nowoprotiny sposobem podanym przez P r i b r a m a w Berlinie. W przerwach 1—2 dniowych wstrzykujemy po 0,5 cm. przeważnie śródmięśniowo. Po wstrzyknięciach śródżylnych spostrzegałem krwotoki i pogorszenia dolegliwości brzusznych. Oprócz tego powróciłem do stałego stosowania Argentum nitricum w dawce 0.1/200.0, 1 łyżeczka od herbaty 2 razy dziennie przed jedzeniem. Dawkę podwyższam w dalszem leczeniu do 0.4/200.0. Zalecam, jak dawniej, absolutny spokój i leżenie w łóżku, a szczególnie ułożenie na prawym boku. Uzasadnienie tej metody leczniczej znajdujemy przedewszystkiem w czynnikach mechanicznych. Wiemy dobrze, że owrzodzenie jelita czczego występuje najczęściej po zespoleniu z zamknięciem oddźwiernika sposobem E i s e l s b e r g a, zarzuconym z tego powodu

przez samego autora. A kontrola rentgenowska chorych z dobrem samopoczuciem po operacji zespolenia wykazuje prawie zawsze drożność oddźwiernika. W przypadkach, w których po założeniu szerokiego zespolenia następowało gwałtowne opróżnianie się żołądka przez przetokę do jelita, powstanie wrzodu trawiennego tłomaczono sobie właśnie temi zmianami mechanicznemi. Nie tyczy się ta teorja naturalnie owrzodzeń w samym pierścieniu zespolenia.

Osobiście jestem skłonny tłomaczyć sobie dobroczynny wpływ prawostronnego ułożenia chorego czynnikami fizjologicznemi. W chwili ukończenia działalności trawiennej pepsyny i kwasu solnego w żołądku pokarm w przeważnej ilości zostaje wyrzucany przez ruchy robaczkowe części przyoddźwiernikowej do dwunastnicy. Gra oddźwiernika wyzwala szereg odruchów mechanicznych i chemicznych, dzięki którym zaczyna działać żółć i fermenty trzustkowe. Żółć zobojętnia kwas solny i strąca pepsynę i w ten sposób przygotowuje masy pokarmowe do działania zaczynów trzustkowych, t. j. do trawienia jelitowego.

Jak wynika z wyżej powiedzianego, pierwszorzędną rolę w fizjologji trawienia odgrywa prawidłowe działanie oddźwiernika. Ograniczenie lub zniesienie czynności tej części żołądka po operacji ułatwia powstawanie wrzodu trawiennego jelita czczego. Pokarm przedostaje się w szybkiem tempie poprzez przetokę do jelita, nie wywołując odpowiednich odruchów w dwunastnicy, co powoduje opóźnienie się czynności wątroby i trzustki. Trawienie żołądkowe trwa dalej w jelicie. Ściana żołądka zawiera antypepsynę i broni się przed trawienną siłą fermentów żołądkowych, natomiast jelito tych zaczynów obronnych nie posiada i łatwo ulega strawieniu. S t i l l e r znalazł we wrzodzie zmniejszenie ilości antypepsyny w krwi, a K a t z e n s t e i n twierdzi, że stosunek pepsyny do antypepsyny w ścianie żołądka przesuwa się na niekorzyść antypepsyny *).

Ułożenie chorego na prawym boku przynosi więc ulgę nawet w rozpaczliwych przypadkach, bóle znikają, a nawet przybywa na wadze. Tłomaczę sobie to w ten sposób, że zmiana ułoże-

*) Na rynku pojawił się preparat Amynin, silny antypeptyczny zaczyn, oddaje on cenne usługi.

nia pacjenta pobudza górną część dwunastnicy do właściwej działalności, która wykluczona została przez zabieg operacyjny. Przy zespoleniu bez zamknięcia oddźwiernika odbywa się to drogą normalną, przy wycięciach przez doprowadzającą pętlę jelita. Omawiając całokształt lecznictwa wrzodu jelita czczego nie mogę pominąć kwestji diety. Nie różni się ona wiele od diety stosowanej w owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy. Przedewszystkiem należy zalecać unikanie potraw wymagających wytężonej pracy ze strony śluzówki żołądkowej. Następnie wchodzi tu w grę niedomoga trawienia jelita czczego, tak częsta po zabiegach chirurgicznych. Bardzo wskazana jest ostrożność, szczególnie w pierwszych tygodniach po operacji. Często trzeba kontrolować stolce. Niedomoga ta jest spowodowana przez zaburzenie w wydzielaniu trzustki. Wyciągi z tego narządu, w ostatnich czasach nowy preparat Enzypan, zwalczają skutecznie ten stan niedomogi trawiennej. W przypadku przetoki żołądkowej i jelitowej stosują z dobrym wynikiem H_2O_2, albo podają ten sam środek doustnie w rozczynie.

Jeżeli mimo naszego leczenia stan chorego się pogorszy i grozi pacjentowi krwotok lub przedziurawienie wrzodu, musimy chorego oddać w ręce chirurga. Uratować wówczas może chorego tylko rozległe wycięcie żołądka i odpowiedniej części jelita, zabieg bardzo ciężki i długi.

Powinniśmy więc wszelkiemi środkami ratować chorego na wrzód trawienny jelita na drodze zachowawczej, by nie dopuścić do tych tak brzemiennych w swych skutkach następstw.

Przełożył z niemieckiego rękopisu
Dr. Franciszek Niewiadomski.

Zaciemnienie przestrzeni półksiężycowej jako objaw opuszczenia żołądka u młodzieży.

(La signo de mallumo duonluna en la virga gastroptozo).

P o d a ł
Dr. I. TARRUELLA (Barcelona).

W obszernym zespole patologicznym wrodzonego opadnięcia żołądka bardzo często istnieje objaw wielce znamienny, który, jak to pokazała obserwacja, właściwy jest tylko temu cierpieniu. Polega on na zmianach spostrzeganych w przestrzeni *Traubego.* Przedstawia się ona w tym razie bardziej zaciemnioną w porównaniu z normalnemi stosunkami, kiedy jest jasna i daje odgłos bębenkowy. Opukiwanie przestrzeni półksiężycowej daje zazwyczaj, w przeciwieństwie do stłumienia sercowego, oddźwięk próżni, w stanie zaś patologicznym już począwszy od 5-ej przestrzeni międzyżebrowej stwierdzamy ton niski, robiący wrażenie jamy zajętej przez jakiś płyn lub ciało stałe.

Stwierdzenie tego faktu, który spostrzegałem wielokrotnie w ciągu 10 lat, który podkreśliłem w wielu notatkach i wykładach klinicznych, upoważnia mnie do uważania tego objawu za cechę zespołu *gastroptozy* wrodzonej w przeciwieństwie do *gastroptozy* nabytej.

Przekonałem się, że polega on na zmianach statyki anatomicznej okolicy piersiowo-brzusznej, Normalna przestrzeń półksiężycowa jest zniekształcona i prawie wcale nie istnieje. Głębokie wydrążenie żołądkowe znajduje się w niedorozwoju, przybierając kształt rury lub walca.

W klasycznych dziełach o chorobie *Glenard-Stillera* niema wzmianki o tym ciekawym i znaczącym objawie i dlatego uważam studja nad nim za doniosłe.

W swej całej pełni objaw zaciemnienia półksiężycowego przedstawia się dość charakterystycznie. Z jednej strony cała

przestrzeń Traubego daje przy opukiwaniu dźwięk twardy, niebrzęczący, o niskim tonie. Opukiwania silne i słabe dają jednakowe wyniki. Z drugiej strony, opukując w kierunku ku dołowi przez przestrzeń półksiężycową już w brzuchu, w sklepiepieniu chrzęstno-żebrowym otrzymujemy ten sam dźwięk, aż do 1, 2, 3, nawet więcej ctm nalewo.

Pozatem przestrzeń Traubego nie jest w tym przypadku jak zwykle wypukła. Przeciwnie jest nieco wklęsła, jakby ściśnięta, opróżniona, nieraz przybierając kształt wanienki o ośrodkowem wydrążeniu z pewnem wzniesieniem, jakoby skrzydłem, od brzegu chrzęstno-żebrowego.

A więc w tej postaci pełnej objaw składa się z 2 zjawisk połączonych: a) bezwzględnego stłumienia półksiężycowej przestrzeni, b) jej wklęsłości. W postaciach nietypowych mamy obszerną gamę wahań.

Badania radjologiczne pomogły w znacznym stopniu do stwierdzenia opisanego zespołu. We wszystkich przypadkach zaciemnienia półksiężycowego badanie radjoskopowe i radjograficzne serjowe wykazało istnienie opuszczenia żołądka, najczęściej skojarzonego ze zwisaniem jelit (z jedno- lub obustronnem opadnięciem nerki). W tych razach stwierdzono ponadto inne ważne zjawisko: obrazy radjologiczne i graficzne wykazują zredukowaną do minimum komorę powietrzną o kształcie rury, oznaczoną na ekranie lub fotografji, jako pewne wydrążenie tych samych rozmiarów mniej więcej, co żołądek.

Te fakty bezsprzecznie uwydatniły znaczenie naszej obserwacji, gdyż z jednej strony stwierdziły istnienie gastroptozy, a z drugiej strony uwidoczniły przyczynę sprawy. Do tego kryterjum radjologicznego należy dodać obecność b. licznych objawów klinicznych opuszczenia żołądka wrodzonego.

Objaw zaciemnienia przestrzeni półksiężycowej stwierdza się głównie u osobników młodych i w wieku średnim o typie bizantyjskim, najczęściej wysokiego wzrostu, hypotroficznych, przemęczonych z długą, wąską klatką piersiową, z szerokiemi przestrzeniami międzyżebrowemi. Brzuch długi, naprężony o ścianach płaskich lub wydętych, z powierzchownem i widocznem tętnieniem aorty. *Costa fluctuans Stiller*'a jest niemal stałym objawem.

Według moich spostrzeżeń obydwie płcie jednakowo licznie są reprezentowane bez przewagi płci żeńskiej, jak to zwykle twierdzą.

Opuszczenie nerki, zwykle jednej, głównie prawej, nieraz obustronne, opuszczenie wątroby, przepony, serca w różnych odmianach lub ogólne opuszczenie wszystkich narządów brzusznych często łączy się ze sprawą żołądkową. Obserwacje kliniczne tych stanów anatomicznych i czynnościowych ze swym charakterem trofoastenicznym i postawą paralityczną, którym prawie zawsze towarzyszą zaburzenia wewnątrz-wydzielnicze, niedostateczna czynność tarczycy, nadnercza, stan grasiczny, przewaga napięcia układu współczulnego nad przywspółczulnym.

Badanie żołądka zapomocą wdmuchiwania gazu również potwierdza powyższe dane.

Zachodzi pytanie, jak wytłomaozyć fizjopatologiczny objaw zaciemnienia półksiężycowego? Prawdopodobnie mamy do czynienia z wadą wrodzoną budowy anatomicznej żołądka. Polega ona na tem, że dolny odcinek, t. j. krzywizna duża i część trzonu żołądka, pozostaje na pierwotnym niskim stopniu rozwoju, który ulega wybitnemu zahamowaniu.

Jeden fakt, klinicznie łatwy do stwierdzenia, zasadniczo potwierdza te rozważania. Gdy dzięki udatnemu leczeniu osiągamy kliniczną poprawę atonji żołądkowej, możemy nieraz stwierdzić, iż obok zniknięcia zaburzeń czynnościowych, zjawia się widoczne zmniejszenie jamy żołądkowej, zwiększa się napięcie ściany żoł., wzmaga się czynność ruchowa żołądka. Natomiast górna okolica żołądka i zaciemnienie półksiężycowe pozostaje bez zmiany. Obrazy rentgenologiczne i radjograficzne potwierdzają ten fakt z oczywistością.

Sprawa przez nas poruszona jest bardzo ważna dlatego, że żołądek o złem ułożeniu anatomicznem jest narządem o małej odporności przeciw wielu cierpieniom. To też klinika poucza nas codziennie, że opadnięcie żołądka anatomiczne jest zjawiskiem patologicznem. Stwierdzenie objawu zaciemnienia półksiężycowego może dlatego przyczynić się do wczesnego rozpoznania opadnięcia żołądka.

Z rękopisu esperanckiego
przełożył Dr. Z. Goldbaum.

Rozważania praktyczne w sprawie rozpoznawania radjologicznego raka żołądka.

(Praktikaj konsideroj en la radiologia diagnozo de la stomaka kankro).

Podał
Dr. TORRES-CARRERAS. (Barcelona).

Wielu internistów i radjologów uważa za dostateczne badanie radjoskopowe żołądka. Naszem zdaniem nie należy w takich przypadkach zapominać o wykonaniu kilku radjogramów serjowych w różnych projekcjach i w różnych pozycjach chorego, zwłaszcza gdy idzie o rozpoznanie nowotworu złośliwego. Ciężkość choroby zasługuje na zużycie kilku filmów, które mogą nam pomóc w zorjentowaniu i upewnieniu się, czy mamy do czynienia z nowotworem i wskazać jego umiejscowienie, co jest niezmiernie ważne w leczeniu operacyjnem.

W przypadkach, kiedy chory ma niewątpliwy, klinicznie rozpoznany guz rakowaty, gdy wystąpiło charłactwo, może wystarczyć radjoskopja, ponieważ dotyczy to osobników szczupłych ze zmianami daleko posuniętemi; lecz w innych przypadkach, gdy w okresie wczesnym stan ogólny jeszcze jest dobry, a szczególniej u osób otyłych przy małych rozmiarach nowotworu, obraz radjoskopowy nie przedstawia się z dostateczną jasnością pomimo najlepszej techniki, przesłonki Bucky'ego, lamp o ostrem ognisku i t. d.

Przez to bynajmniej nie chcemy twierdzić, że nie należy stosować wogóle radjoskopji, a głównie systematycznie wykonywanej palpacji radjoskopowej dla wykrycia bolesnych punktów, stopnia ruchomości i możliwych zrostów. Powtarzanie badań oraz kilkakrotna radjografja mogą stwierdzić stałe zniekształcenia w następstwie owrzodzeń żołądkowych lub zmiany położenia danego narządu, ułatwiając w niektórych przypadkach różniczkowanie pomiędzy guzem złośliwym a dobrotliwym. Wogóle objętość nowotworu jest większa, aniżeli wskazuje obraz radjologiczny, lecz zapomocą poligrafji, bądź seryjnych radjogramów możemy zdać sobie sprawę z rozmiaru nowotworu.

Brak ruchów robaczkowych (martwa linja) żołądka może oznaczać naciek ścienny, nie należy jednak zapominać, że ściana żołądka, w wysokim stopniu zajętego przez nowotwór, może wykonywać ruchy robaczkowe, chociaż to rzadko się zdarza. Należy również pamiętać, że żołądek kaskadowy może być dotknięty rakiem.

Badanie śluzówki żołądka i pneumogostrografja mogą również oddać duże usługi we wczesnem rozpoznaniu raka żołądka.

Nie należy nigdy rozpoznawać radjologicznie raka, nie mając szczegółów klinicznych, zwłaszcza wywiadu, który daje nam najcenniejsze wskazówki.

Trudność rozpoznania zależy od umiejscowienia sprawy rakowej. Najtrudniejsze do rozpoznania są raki górnej części krzywizny małej. Należy myśleć o nich, jeżeli zauważymy, że pokarmy stałe przedostają do żołądka przez część wpustową w sposób nieprawidłowy.

Układając chorego w położeniu Trendelenburga lub poziomo, niejednokrotnie stwierdzimy zapomocą powtarzanych prześwietlań jeziorowate wyniki cieniowe, znamienne dla raka. Należy jednak pamiętać, że tego rodzaju zniekształcenia mogą także być pochodzenia kurczowego, z powodu spraw chorobowych charakteru zapalnego okolicy odźwiernika lub innych okolic.

Również rak dużej krzywizny, który się różni wyglądem od raka przywpustowego, wymaga badania w pozycji pochylonej lub Trendelenburga. Jeśli potem chory wstaje, widzimy jakieś plamy jakby przyczepione do krzywizny dużej. W tych przypadkach nie wolno zapominać o zbadaniu dolnej części przełyku i należy zwrócić uwagę na to, aby pokarm kontrastowy był bardziej gęsty niż zwykle.

Sprawy nowotworowe przedniej i tylnej ściany żołądka oraz środkowych części krzywizny względnie łatwo daią się rozpoznać zapomocą promieni R. Podobnie, gdy są umiejscowione w okolicy odźwiernika.

Obraz jeziorowaty okolicy odźwiernika może być spowodowany przez zrosty, przez ucisk ze strony torbieli wątroby, guz pęcherzyka żółciowego, s t a r e z r o s t y i t. d.

Gdy nowotwór wkracza zzewnątrz odźwiernika i ten ostatni ulega zwężeniu, rozpoznanie staje się trudnem.

W przypadkach „*linitis plastica*" widzimy żołądek mały, poziomy, bez fal perystaltycznych i z niedomogą odźwiernika, a ponieważ łatwo jest obraz ten przyjąć za skurcz całego żołądka, należy zastosować dla odróżnienia lek przeciwkurczowy.

Największe trudności nasuwają się, gdy chcemy odróżnić rak od innych guzów nierakowych albo kiłaka żołądka, zwłaszcza w braku lub obecności tylko nieznacznych przejawów klinicznych.

W obecnym stanie rentgenodiagnostvki nie należy zbyt pochopnie stwierdzać guza niezłośliwego; w tych razach lepiej jest nie rozpoznawać wcale, aby nie wprowadzać w błąd klinicysty lub chirurga. Jednak dzięki promieniom R możra uchwycić kilka szczegółów, charakterystycznych dla spraw natury nierakowej. Cierpienia krzywizny małej i przedsionka odźwiernikowego są przeważnie na tle owrzodzeń; sprawy umiejscowione w okolicy odźwiernika są bądź rakowe, bądź wrzodowe.

Przymiot, aczkolwiek może zajmować dowolne miejsce w żołądku, częściej usadawia się w górnej części i w okolicy odźwiernika. Znaczne zajęcie żołądka, bez wyraźnych objawów nowotworu, może również być następstwem przymiotu. Kiłak niewrzodziejący daje obraz jeziorowaty, wrzodziejący może zawierać uchyłek. Również w raku wrzodziejącym mogą być uchyłki. Są one zwykle większe, aniżeli we wrzodach. Kiła występuje zwykle wielomiejscowo. Może ona także doprowadzić do zwężenia żołądka na całej przestrzeni.

Przypadki blizn powrzodowych, rakowato - zwyrodniałych b. trudno dają się rozpoznać zapomocą promieni R.

Gdy na dnie stwardnienia zauważymy jezioro o granicach okrągłych, dość duże, ruchome, można podejrzewać guz niezłośliwy, np. mięśniak. Obrazy jeziorowate w okolicy odźwiernikowej mogą być spowodowane, oprócz przyczyn zewnątrz - żołądkowych, wypadnięciem śluzówki żołądka przez odźwiernik. W tych wszystkich przypadkach zwykle brak zmian w perystaltyce.

Pomimo postępów, osiągniętych w technice radjologicznej, wczesne rozpoznanie raka zapomocą promieni R jest b. trudne, a właśnie w tych razach rozpoznanie radjologiczne miałoby olbrzymie znaczenie dla leczenia.

(Z rękopisu esperanckiego przełożył
Dr. L. Goldbaum).

Kiła narządów trawienia.

Podał

Prof. Dr. med. FELIKS MALINOWSKI

Dyrektor Klin. Chor. skórn. i wenerycz. Uniwer. S. B. we Wilnie.

(Według odczytu, wygł. w dn. 18 marca 1931 r. w Pol. Tow. Gastrol.).

Przed przystąpieniem do właściwej treści referatu, pozwolę sobie w krótkości omówić ogólną patologję kiły, ażeby uniknąć powtarzania jednych i tych samych danych podczas omawiania schorzeń poszczególnych narządów.

Kiła jest chorobą zaraźliwą ogólną i posiada swój typowy przebieg.

Pasorzytem syfilisu jest krętek blady, nazwany tak ze względu na nikłą budowę, słabe powinowactwo barwikowe. Krętki blade wydzielają toksyny, które mogą wywołać w ustroju ludzkim zwyrodnienie komórek tak stałych, jak i ruchomych. Z jednej strony krętki blade, ich toksyny i endotoksyny, a z drugiej—wytworzone przez ustrój substancje ochronne wywierają wpływ na komórki ustroju, czego wynikiem bywa, zależnie od czasu, coraz to inny odczyn komórek, coraz to inny obraz kliniczny. Przeobrażona tkanka oddziaływa na jad obcy wykwitami, odpowiadającemi wiekowi cierpienia. Krętki blade, przedostawszy się do ustroju, mnożą się w miejscu wtargnięcia i rozprzestrzeniają się po całym ustroju drogą przeważnie na-

czyń limfatycznych—a częściowo i naczyń krwionośnych. Pierwszy okres wylęgania trwa mniej więcej trzy tygodnie aż do chwili, kiedy w miejscu wtargnięcia krętków bladych powstaje odczyn tkanki w postaci nacieku-objawu pierwotnego. W drugim okresie wylęgania, t. j. w czasie od chwili zjawienia się objawu pierwotnego do wystąpienia wysypki, a szczególniej przed jej wystąpieniem, krętki blade rozmnażają się najobficiej i najliczniej wędrują z tkanek do krwi. Prąd jej unosi krętki do najbardziej nawet oddalonych miejsc ustroju, gdzie osiedlają się i w dalszym ciągu rozmnażają. Prawdopodobnie wszelkie późniejsze objawy chorobowe są już zależne od umiejscowienia się krętków podczas tego pierwszego rozsiewu ich po ustroju oraz od następnego rozmnażania się pasorzytów w miejscu ich osiedlenia. W chwili najwięcej wzmożonej działalności rozmnażających się krętków następuje wysypka, być może jako odczyn obronny zaatakowanej tkanki. Zależnie od sposobu i siły reagowania tkanki na zarazki chorobotwórcze występują różnorodne objawy wysypkowe. Po pewnym przeciągu trwania wysypka zanika, co jest wyrazem chwilowej utraty siły jadu dzięki odpornej czynności tkanki. Skutkiem tego wiele krętków ginie w swych miejscach osiedlenia, zwłaszcza jeśli tkankom dopomogło odpowiednie leczenie. Po przerwie wielomiesięcznej, ocalałe krętki zaczynają budzić się do życia i rozmnażać się w miejscach swego osiedlenia — i powstaje nowa wysypka po okresie utajenia. Posiada ona znacznie mniej wykwitów, gdyż wiele ognisk krętkowych wyginęło. To też każda następna wysypka posiada znacznie mniej wykwitów od poprzedniej, aż wkońcu wszystkie ogniska krętków mogą zaginąć. Ten okres występowania objawów powierzchownych ogólnego zakażenia na skórze, błonach śluzowych i w głębokich tkankach nazywa się okresem drugorzędnym kiły. Trwa on zazwyczaj parę—kilka lat. Jeśli po tym okresie pojedyńcze ogniska krętków ocaleją, to mogą one spowodować w tkankach zmiany głębsze i uporczywsze, t. zw. kilaki, które znamionują już trzeciorzędny okres kiły. Krętki blade znajdują się tam w bardzo małej ilości i nie odznaczają się większą złośliwością, jak to stwierdzono zapomocą zaszczepiania małpom tworów tego okresu, a silniejszą ich działalność w trzeciorzędnym okresie należy objaśnić raczej mniejszą od-

pornością przeobrażonej tkanki skutkiem wieloletniego bytowania w niej zarazków.

Objawy syfilisu wrodzonego nie różnią się zasadniczo od objawów syfilisu nabytego, a pewne znamię nadaje im tylko zajęcie narządów podczas ich rozwoju i mniejsza odporność ustroju dziecięcego. Skutkiem tego w kile wrodzonej spotykamy często bardzo wczesne i ciężkie zmiany w organach wewnętrznych i liczne w nich krętki, szczególnie w wątrobie i śledzionie. Zmiany mogą wystąpić jeszcze podczas rozwoju dziecka w macicy i wywołać ciężkie zaburzenia w odżywianiu jego ustroju, prowadzące do śmierci.

Kliniczne objawy we wszystkich okresach kiły występują częściowo tylko pod bezpośrednim wpływem endotoksyn krętków bladych na tkanki i ośrodki nerwowe, w znacznie zaś większej mierze skutkiem oddziaływania na naczynia, od których zależy odżywianie danego odcinka tkanki. To też we wszystkich okresach kiły widzimy zmiany mniej lub więcej widoczne w naczyniach i w bezpośredniem ich sąsiedztwie.

W objawie pierwotnym kiły zmiany w naczyniach są nieznaczne, to też tworząc się naokoło naczyń, naciek posiada charakter plastycznego zapalenia, a objaw pierwotny po 3—6 tygodniach goi się nawet samoistnie.

W okresie drugorzędnym, w wykwitach kiłowych naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, a często mniej lub więcej znacznym zmianom w swych błonach wewnętrznej i zewnętrznej. Na odbywające się w ścianach naczyń zmiany wskazują również dość często spotykane naokoło naczyń wybroczyny. Nacieki, rozwinięte naokoło naczyń krwionośnych, składają się z powiększonych miejscowych komórek łącznotkankowych, rozmnażających się obficie. Wszystkie te zmiany w tkankach przechodzą jednak po kilku—kilkunastu tygodniach.

Zmiany anatomo-patologiczne okresu trzeciorzędnego występują klinicznie pod postacią ograniczonych kilaków lub rozlanych nacieków, umiejscawiają się zawsze przedewszystkiem w tkance łącznej, a przylegając do komórek wyżej zorganizowanych (komórki miąższowe narządów), oddziaływają na nie wtórnie. Tworzenie się zaś kilaków ograniczonych i rozlanych (nacieczeń rozlanych) jest ściśle zależne od zmian w odpo-

wiednich naczyniach i ściśle im odpowiada. To też im więcej narząd jest unaczyniony, tem częściej i silniej bywa przez kiłę zajęty. Zmiany powyższe, t. zw. endarteriitis et phlebitis obliterans, mogą doprowadzić do zupełnego zarośnięcia światła naczynia. Z powodu niedostatecznego krwiobiegu i odżywiania odpowiedniego odcinka tkanki, tworzy się pośrodku, wskutek przemiany wstecznej, tłuszczowe zwyrodnienie i rozpad cząsteczkowy tkanki w zawartość żółtawo-przezroczystą, galaretowatą, jakby gumowatą (stąd też nazwa gumma), w której pozostają większe lub mniejsze ilości szczątków obumarłych tkanek. Jeżeli zmiany w naczyniach są mniej intensywne, to otrzymujemy kilaki rozlane, czyli nacieczenia ściśle nieograniczone i nieprawidłowe. Zawierają one przeważnie mniej ognisk rozpadowych i komórek olbrzymich, a za to, szczególniej w ogniskach starszych, dużo grubych błyszczących pęczków łącznotkankowych; posiadają więc charakter chronicznego zapalenia z wytwarzaniem się tkanki łącznej bliznowaciejącej, która doprowadza do zaniku miąższowe komórki narządów. I rzeczywiście, kilaki rozlane często w niczem się nie różnią od chronicznego zapalenia, powstałego pod wpływem innych przyczyn i doprowadzającego do marskości narządów. Kilaki ograniczone spotykamy niekiedy współcześnie obok rozlanych nacieczeń.

Ze względu na doniosłość sprawy, rozpoznanie jej nabiera dużej wagi. Rozpoznanie opiera się na cechach klinicznych, właściwych kile, na badaniu bakterjologicznem, wywiadach i serodjagnostyce, z której odczyn Bordet-Wassermanna posiada największe znaczenie.

Otrzymany w danym przypadku dodatni odczyn B. W. tylko stwierdza, że dany osobnik jest zakażony krętkami blademi, a nie, że dany objaw jest pochodzenia kiłowego. Odwrotnie, ujemny odczyn B. W. nie wskazuje, że dany osobnik jest wolny od kiły, i jego cierpienie jest pochodzenia niekiłowego. Istotnie, w pierwszorzędnym okresie kiły odczyn B. W. wypada dodatnio tylko w czasie późniejszym, gdy zbliża się okres drugorzędny, W drugorzędnym okresie odczyn B. W. daje zupełne zahamowanie hemolizy w 80—90%, w trzeciorzędnym zaś—tylko w 70—80% badanych przypadków.

Najważniejsze środki, stosowane w terapji kiły, są: arsze-

nik, rtęć, bismut i jod. Leczenie powinno być zawsze indywidualne, i od umiejętnego wyboru środków i metod leczenia zależy w znacznej mierze i prognoza kiły.

— — — — — — — —

Narządy trawienia ulegają bardzo często zmianom w przebiegu kiły, lecz nie w równej mierze.

P r z e ł y k. Zajęcie przełyku w drugorzędnym okresie stwierdza się rzadko. Być może dlatego, że nie powoduje żadnych klinicznych objawów. W trzeciorzędnym okresie spotykamy zmiany trzech rodzajów: wrzodziejące kilaki, bliznowate zwężenia i przetoki do sąsiednich narządów; jednak i w tym okresie w przełyku rzadziej, niż w pozostałych narządach trawienia. Często współcześnie spotykamy objawy trzeciorzędnej kiły w żołądku, w kiszkach i innych organach. Niekiedy owrzodzenia na przełyk przechodzą z gardzieli i pozostawiają po sobie bliznowate zwężenia, tworzące wąskie wejście do właściwego przełyku. V i r c h o w ogłosił przypadek z zupełnem zarośnięciem cieśni gardła. To znów zmiany w dolnej części przełyku mogą przechodzić na wpust żołądka. Oesophagoskopja i roentgenoskopja ułatwiają różniczkowe rozpoznanie sprawy kiłowej w stosunku do raka, uchyłków i wrzecionowatych rozszerzeń. W tych ostatnich przypadkach w rozpoznaniu odgrywają rolę wywiady: to niedrożność przełyku dla płynnych pokarmów, to znów otwarte przejście dla twardych pokarmów i zgłębnika. Również tętniaki aorty i guzy, wywołujące ucisk na przełyk, mogą być rozpoznane zapomocą promieni Roentgena.

Ż o ł ą d e k. Na czynności wydzielnicze żołądka i jego ruchy robaczkowe mogą wpływać pośrednio toksyny syfilityczne, oddziaływając na system nerwowy i zmiany w krwi.

Bezpośrednie oddziaływanie na czynności żołądka może nastąpić w drugorzędnym okresie pod postacią gastritis luetica. Rudniew podczas rozbioru zwłok chorych na kiłę w drugorzędnym okresie często spostrzegał na ściance żołądka zmiany, odpowiadające wysypce grudkowatej. Kleissel przytacza następujące objawy gastritis luetica; dość znaczną sub- albo anaciditas, zwiększenie ilości kwasów organicznych, nienormalne procesy fermentacyjne i rozpadowe, zmniejszenie się ilości chlorków w soku żołądkowym ze współczesnem zwiększeniem się ich

ilości w moczu, utrudniona przemiana skrobi w cukier gronowy (amylolysis), niedostateczne trawienie pepsyny, pokarmowa galactosuria, zmniejszona ilość mocznika, zwiększone wydzielanie amonjaku i obniżona oporność krwinek czerwonych. Mniej więcej w 18% przypadków spotykamy zupełny brak kwasu solnego, w 62%—subaciditas, a tylko w pozostałych — hyperaciditas, i to przejściowo (Neugebauer).

W trzeciorzędnym okresie kiły może występować wrzód syfilityczny, guzy kilakowe i syfilityczna marskość żołądka.

Niektórzy autorowie twierdzą, że kiła wpływa na wytworzenie się ulcus pepticum, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem układu nerwowego. Istotnie, w niektórych przypadkach obszerne zajęcie błony wewnętrznej ściany żołądka może spowodować owrzodzenie, bardzo podobne do ulcus pepticum: wrzód zmniejsza się schodkowato w kierunku ku błonie surowiczej. Jednak do tej pory wyniki badań anatomo-patologicznych nie pozwalają na tak daleko idące wnioski.

Owrzodzenia syfilityczne (ulcus syphiliticum) posiadają brzegi kilakowato nacieczone, wzniesione, nieco podminowane, dno słoninowatym nalotem przykryte. Często spotyka się wężykowata postać tych owrzodzeń. Owrzodzenia powstają z gumowatych kilaków. Kilaki mogą występować pojedyńczo, częściej jednak w bardzo znacznej ilości. Obok guzów mogą spotykać się owrzodzenia; wielkość ich może być różna: od łepka szpilki do 6:5 cm. w przecznicach. Objawy kliniczne w tych razach, za wyjątkiem częstej sub- albo anaciditatis, nie przedstawiają nic charakterystycznego.

Nad guzami i owrzodzeniami może wytworzyć się perigastritis: błona surowicza ma wygląd białawej, zgrubiałej i obrzękniętej. Peritonitis fibrosa sclerosans prowadzi nieraz do zrostów z sąsiedniemi narządami. To znów owrzodzenia mogą wywołać przedziurawienie ścianki, peritonitis ogólną; spostrzegano przetoki do ścianki brzucha, do trzustki i t. p. Krwawienia przy przedziurawieniach spotykają się dość rzadko ze względu na endarteriitis obliterans. Wrzody umiejscowiają się najczęściej w Cardia, w małej krzywiźnie i odźwierniku, i goją się, pozostawiając często napięte zwężające blizny, przeważnie gwiaździste.

Stosownie do lokalizacji blizn, może wytworzyć się zwężenie odźwiernika albo klepsydrowaty żołądek. W przypadkach rozlanych nacieczeń w ściance żołądka występuje znaczne jej zgrubienie. Zgrubienie może być albo miejscowe, naprz. w pars pylorica, albo nawet obejmować cały żołądek i doprowadzić w następstwie do jego marskości. Bardzo często, współcześnie z kilakami w ściance żołądka, spotykamy takież schorzenia kiszek i wątroby. Śledziona bywa zajęta rzadziej. Wielokrotnie spostrzegano następcze tworzenie się raka w kilakach ścianki żołądka. Przypuszczają, że najczęściej to bywa w powstałych bliznach.

Rozpoznanie kiły żołądka jest zazwyczaj dość trudne ze względu na brak charakterystycznych dla niej objawów. Przedewszystkiem należy stwierdzić, że chory uległ zakażeniu kiłowemu: w wywiadach leczenie swoiste, liczne poronienia lub porody dzieci nieżywych u kobiet. Również współczesne charakterystyczne zmiany w kościach, w miękkiem i twardem podniebieniu, blizny na skórze i błonach śluzowych, kilaki wątroby, mesaortitis luetica, nieruchomość źrenic, dodatni odczyn Wassermanna i t. p. — mogą wzbudzać podejrzenie odnośnie swoistego charakteru powstałego cierpienia żołądka. Znaczenie posiada „therapia ex juvantibus" i radjologiczne znalezienie licznych zwężeń, nacieczeń i owrzodzeń żołądka, szczególniej w górnej jego części (w stosunku do ulcus pepticum) i wobec dobrego ogólnego stanu chorego. W porównaniu z rakiem, kilaki i owrzodzenia syfilityczne spotykają się u osobników młodszych, przebiegają łagodniej i poddają się swoistemu leczeniu. Naturalnie, poprawa musi być stała, a nie przejściowa, jak to często przy rakach bywa. Hypaciditas albo anaciditas ma niejakie rozpoznawcze znaczenie. Ulcus ventriculi wobec anaciditas mógłby oznaczać przejście w raka. Zwykle wtedy spotykają się długie pałeczki. W syfilisie żołądka znajdujemy te drobnoustroje tylko wyjątkowo. W ostatecznym razie próbna laparotomja i zbadanie wyciętego nacieku może wyświetlić sprawę. Otrzymane podczas przemywania cząsteczki rozpadłej tkanki guzów rakowych i mięsakowych pozwalają również na ustalenie rozpoznania. Rozlane nacieczenie ścianki żołądka, wywołane przez lymphosarcomatosis, doprowadza do jego rozszerzenia, a nie do

zwężenia (Freud). Gruźlica umiejscawia się najczęściej w odźwierniku, występuje współcześnie w innych narządach i oddziaływa na tuberkulinę.

Niekiedy, gdy cierpienie lokalizuje się w pobliżu wpustu żołądka, oesophagoskop, wzgl. gastroskop okazuje pomoc w rozpoznaniu.

Rokowanie w drugorzędnym okresie jest prawie zawsze dobre. Kilaki i owrzodzenia należą do ciężkich postaci. Ze względu na bóle, szczególniej w nocy występujące, i wymioty, chorzy niszczeją, lecz cierpienie szybko poddaje się swoistemu leczeniu. Również może ono oddziaływać na sprawy skurczowe. Bliznowate zwężenia np. w odźwierniku, lub zniekształcające klepsydrowato żołądek, usuwają się tylko drogą operacyjną. Rozlane zgrubienia i marskowate zwężenia o tyle tylko poddają się swoistemu leczeniu, o ile jeszcze nie nastąpiło zbliznowacenie tkanki. Powikłanie przez przedziurawienie ścianki żołądka należy do najcięższych. Rokowanie w tych razach zależy przedewszystkiem od czasu, w którym nastąpiła interwencja chirurgiczna, od tego, czy nastąpiło przedziurawienie otwarte, czy też przykryte i czy ubytek został przykryty przez sieć, wątrobę lub trzustkę. (To estatnie jest uważane za najgorsze). Najważniejsze znaczenie posiada wczesne rozpoznanie kiłowego cierpienia i przeprowadzenie swoistego leczenia.

Kiła żołądka spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Przypuszczają, że mniej więcej 1% wszystkich cierpień żołądka jest pochodzenia syfilitycznego, a więc należy ono do spraw częstych.

K i s z k i. Kiła kiszek w okresie drugorzędnym występuje bardzo często współcześnie z wysypkami na skórze i to pod postacią enteritis syphilitica catarrhalis. Wtedy zjawiają się uporczywe rozwolnienia z obfitą ilością śluzu. Bólów niekiedy przytem brak, to znów występują ciężkie bolesne napady kolki. Umiejscowienie sprawy głębokie, aż do odbytnicy sięgające, może spowodować parcie na prostnicę (tenesmus recti).

Enteritis gummosa et ulcerosa spotyka się zrzadka w trzeciorzędnym okresie. Zwykle sprawa bywa wieloogniskową i obejmuje większe odcinki ścianki kiszek. Niekiedy zdarzają się liczne prosowate kilaki w błonie śluzowej, mięśniowej i suro-

wiczej. Częściej jednak bywają większe nacieczenia, wychodzące z tkanki podśluzowej. Kilaki czasami z upodobaniem umiejscawiają się naokoło blaszek Peyer'a, rzadziej w pobliżu samotnych grudek chłonnych jelit (Enteritis follicularis s.— Mraćek, Oser). Enteritis gummosa et ulcerosa. Prowadzi do tworzenia się licznych blizn i zwężeń. Mogą one występować współcześnie i obok siebie. Przeważnie zarazem występuje jak już zaznaczyłem, schorzenie syf. żołądka. Podczas tworzenia się owrzodzeń już mogą zjawiać się skurczowe zwężenia, zdarzają się często uporczywe rozwolnienia, niekiedy krwawienia z kiszek, anaemia, brak apetytu, nawet silne charłactwo Gdy owrzodzenia goją się i wytwarzają bliznowate zwężenia, rozwolnienia ustają, a występują objawy zwężeń kiszek. Wtedy napady kolki bywają jeszcze silniejsze i zjawiają się objawy przejściowej albo zupełnej niedrożności kiszek. Głębokie owrzodzenia mogą doprowadzić do swobodnego albo przykrytego przedziurawienia kiszek i wywołać peritonitis. Sprawa najczęściej umiejscowia się w jelicie czczem. Może jednak nawet zdarzać się zapalenie (appendicitis) syf. wyrostka robaczkowego: 1) przypadek Horowitza i 2) Trinklera. W odbycie często spotykamy pierwotne owrzodzenia kiły, jak np. lepież i drugorzędne objawy przerostowe. W prostnicy trzeciorzędne owrzodzenia i zwężenia mogą wywołać: palenie, ból, parcie na stolec, to znów incontinentia alvi lub uporczywe zatwardzenie; zatwardzenie i obfita biegunka mogą po sobie następować, w stolcu—znajdować się przymieszki krwawych mas, śluzu lub ropy, może nastąpić przedziurawienie odbytnicy, peritonitis, tworzenie się przetok do pochwy, nazewnątrz i t. p., może wystąpić posocznica.

Rozpoznanie kiłowego enteritis jest b. trudne, szczególniej w trzeciorzędnym okresie kiły. Schlesinger, wymaga dla rozpoznania e. l. poza biopsją następujących danych: 1) stwierdzenia kiły u chorego, 2) umiejscowienia zmian w czczem jelicie, 3) mnogości zmian, 4) współudziału żołądka w postaci wrzodziejącej, rzekomo rakowej sprawy, albo zwężenia, 5) bezskuteczności jakiegokolwiek, z wyjątkiem swoistego, leczenia.

W razie umiejscowienia sprawy w prostnicy usługi może oddać proktoskopja. Enteritis syphilitica występuje znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

Rokowanie w drugorzędnym okresie jest zazwyczaj dobre, zaś w trzeciorzędnym, ze względu na zwężenia i przedziurawienia kiszek, b. niepomyślne. Bliznowate zwężenia i wtórne sprawy, szczególniej w rectum, nie poddają się swoistemu leczeniu. Zwężenia, ze względu na swą rozległość, są bardzo trudne do usunięcia drogą operacyjną.

Leczenie swoiste należy zastosować, gdy periculum in mora nie zmusza do natychmiastowego zabiegu chirurgicznego. Jod w razie rozwolnienia można stosować albo w lewatywach, albo zapomocą zastrzyków śródmięśniowych (jodipina). Można zarazem stosować rtęć, ale nie drogą wewnętrzną, jak również bismut. Neosalvarsan, ze względu na możliwość przypływu krwi do owrzodzeń (odczyn Herxheimera) i następczych przedziurawień lub bólów w zwężeniach, należy stosować bardzo ostrożnie i początkowo w bardzo małych dawkach. Oppenheim radzi stosować stovarsol wewnętrznie, poczynając od $^1/_4$ tabletki rano naczczo. Należy zwrócić uwagę na dietę i odpowiednie odżywianie wyniszczonych osobników. W miejscach dostępnych dla tego zabiegu należy przystąpić do rozszerzenia zwężeń.

Peritonitis syphilitica bywa zawsze sprawą wtórną skutkiem przejścia zmian swoistych na otrzewną z narządów jamy brzusznej. Otrzewna staje się zgrubiałą, nieprzezroczystą, białawą albo białawo-szarą.

Obok zapalenia otrzewny spostrzegamy nabrzmienie gruczołów otrzewnowych i pozaotrzewnowych niekiedy całych pakietów gruczołów, co robi wrażenie nowotworu. Rzadko zdarza się puchlina brzuszna. Częściej bywają bóle, rzadko tarcia otrzewny. Ponieważ zapalenie otrzewny jest sprawą wtórną, więc nie poddaje się swoistemu leczeniu.

T r z u s t k a. Zmiany trzustki w kile nabytej mogą występować w postaci kilaków i w postaci marskości trzustki. Ta ostatnia zdarza się częściej, jednak kombinuje się często z małemi kilakami. Zwykle cały narząd bywa powiększony i stwardniały, niekiedy tylko głowa lub ogon. Powiększona głowa może wywierać ucisk na ductus choledochus i pylorus. Rzadko b. zdarza się tłuszczowe zwyrodnienie trzustki. Często bardzo spotyka się glykosurję. Zazwyczaj w tych sprawach spostrzegamy zmniejszenie wagi chorego osobni-

ka, osłabienie, brak apetytu lub też wilczy głód. Nierzadko występują nudności, wymioty i bóle w górnej części brzucha, strzelające ku tyłowi. Niekiedy w razie ucisku na ductus choledochus występuje żółtaczka. Spostrzegamy również rozwolnienia i stolce tłuszczowe. Niemożność przetrawienia kazeiny i jąder we włóknach mięśniowych i tkance gruczołowej przemawia za upośledzeniem czynności trzustki. Cukromocz jest objawem charakterystycznym, jednak niezawsze występuje, ponieważ wysepki Langerhansa często bywają oszczędzane. Rozpoznanie zapalenia trzuski bywa nadzwyczaj trudne ze względu na brak cech charakterystycznych, to też może być przeprowadzone, jak i w poprzednich sprawach, tylko zapomocą obserwacji przebiegu i wykluczenia innych spraw. Gross w tych razach zwraca uwagę przedewszystkiem na cukromocz i bóle w górnej części brzucha. Leczenie przeciwkiłowe musi być połączone z odpowiednią djetą. W razie wydzielania cukru — dieta antidiabetyczna. Ucisk na przewód żółciowy wspólny, pomimo przeprowadzenia swoistej kuracji, wymaga przeważnie cholecystoenterostomji.

Wątroba. Podczas gdy w drugorzędnym okresie wątroba bywa zajęta dość rzadko, i cierpienie to objawia się żółtaczką, w okresie trzeciorzędnym narząd ten bywa dotknięty kiłą często i przeważnie współcześnie z zajęciem innych wewnętrznych organów — zazwyczaj podczas ciężkiego przebiegu syfilisu u ludzi, nadużywających wyskoku, to też najczęściej u mężczyzn.

Żółtaczka drugorzędnego okresu (icterus syph. praecox) występuje najczęściej współcześnie z pierwszą wysypką lub recydywującą, niekiedy tylko na kilka dni — parę tygodni ją poprzedza. Tego rodzaju żółtaczki łatwo się poddają leczeniu neosalvarsanem, bismutem, rtęcią. Przeważnie zjawia się w tem cierpieniu tylko żółte zabarwienie skóry i moczu, rzadziej lekk stan gorączkowy, zaburzenia w trawieniu i powiększenie objętości wątroby. Mocz zawiera bilirubinę i urobilinę, dość często także ślady białka i pojedyńcze szkliste i ziarniste wałeczki. Występowanie w moczu leucyny albo tyrozyny posiada olbrzymie znaczenie, gdyż wskazuje, że lekka postać icterus syphiliticus praecox ma skłonność przejść w ciężką postać hepatitis acuta flava (osłabienie, krwotoki, duszność nerwowe pobudzenie, następnie przygnębienie i śpiączka).

Zdarza się to według Michaela m. w. w 10% przypadków żółtaczki wczesnej. Niekiedy jednak, po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu leucyna i tyrozyna znikają w moczu i ciężka degeneracyjna sprawa zanika. Podczas icterus s. praecox RWw surowicy krwi wypada często ujemnie. Trwa taka żółtaczka krótko, m w. parę — kilka tygodni i poddaje się odpowiedniemu leczeniu swoistemu.

Najrozmaiciej tłómaczą przyczyny powstawania icterus syph. praecox: żółtaczka zastoinowa, obrzmienie gruczołów ad portam hepatis, ucisk przez wykwity wysypki na błonę śluzową dwunastnicy i dużych przewodów żółciowych, przedwczesne międzymiąższowe zapalenie wątroby z następczym uciskiem małych przewodów żółciowych (Mauriac), zatrucie toksynami syfilitycznemi (Finger — Buschke). Być może w jednych przypadkach odgrywają główną rolę te czynniki, w innych — drugie.

W trzeciorzędnym okresie kiły cierpienie wątroby, jak i innych wewnętrznych narządów przedstawia się pod postacią międzymiąższowego nacieczenia, które zawsze doprowadza do pewnej postaci marskości wątroby, albo pod postacią ograniczonych kilaków. Zwykle współcześnie z ograniczonemi kilakami, spostrzegamy mniej lub więcej wyrażone międzymiąższowe nacieczenie. Powodując się ściśle klinicznemi względami, Schlesinger daje następujący podział syfilitycznego schorzenia wątroby: 1) duża gładka wątroba, 2) wątroba marska, 3) wątroba zrazikowa i guzowata, 4) zajęcie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, 5) postać ukryta ze zmianami w innych narządach, 6) hepatitis hereditaria tarda. Wydaje mi się ten podział nieco sztuczny, jednak do pewnego stopnia postaram się go uwzględnić w opisie kiły wątroby.

Ograniczone kilaki występują w wątrobie pod postacią guzów, otoczonych łącznotkankową torebką, okrągłych, owalnych lub mniej prawidłowych, wielkości ziarnka grochu — jajka gołębiego; posiadają początkowo spoistość miękką, zabarwienie szaro-czerwone; następnie zabarwienie staje się żółtawe, a spoistość twardsza. Liczba guzów bywa różna: od jednego do kilkudziesięciu; umiejscowiają się czasami pod torebką wątroby, wypuklając się nad jej powierzchnią, czasem w głębi. Częściej

spostrzegamy je na przedniej części wątroby, a to szczególnie z obu stron wiązadła wieszadłowego (ligamentum suspensorium, niż na tylnej. Kilaki albo wsysają się, albo też twardnieją, wysychają, serowacieją. W kilakach mogą odkładać się sole wapienne. Skutkiem wessania się kilaków i kurczenia tkanki łącznej, na wątrobie powstają zagłębienia i blizny. Kilaki ograniczone wątroby nie wywołują często żadnych klinicznych objawów; niekiedy sprawiają one bóle w okolicach wątroby, szczególniej silne przy ucisku w odpowiedniem miejscu, podczas ruchów, a także niekiedy i w nocy. Bóle i uczucie ciężkości i ciśnienia rozszerzają się w okolice nadpępkowe, a nawet do lewego podżebrza. Żółtaczka zdarza się rzadko, i to przeważnie w nieznacznem natężeniu; może ona powstać, według Virchowa, skutkiem ucisku kilaków na większe przewody żółciowe, lub też skutkiem ucisku i zamknięcia światła większych przewodów żółciowych przez blizny. Może również wystąpić puchlina brzuszna, gdy sprawa jest bardzo rozległa i blizny ucisną większe odnogi żyły zwrotnej. Często spostrzegamy zaburzenia dyspeptyczne. Śmiertelne zejście może zdarzyć się skutkiem rozpadu kilaków do worka otrzewny. Śmierć może również nastąpić wobec objawów charłactwa lub żółcicy.

Bardzo często tej chorobie (H. S.) towarzyszy obrzmienie śledziony. Gerhardt na 19 przypadków zauważył 17 razy guz śledziony, Chwostek sen. na 19 — 14 razy. Śledziona bywa zwykle twarda i niewrażliwa. Przeważnie jest umiarkowanie powiększona, niekiedy jednak dosięga olbrzymich rozmiarów. Pod wpływem swoistego leczenia wielkość jej wraca ku normie. Ciekawem zjawiskiem w tem cierpieniu bywa podniesienie temperatury i jej charakter. Podniesienie temperatury zdarza się często. Tallquist znalazł je w 50% swych przypadków. Często bardzo gorączka przebiega według typu febris intermittens (przerywana): codziennie, o jednej i tej samej godzinie, zjawia się napadowo gorączka, niekiedy wespół z dreszczami, to znów gorączka przybiera postać febris tertianae albo quartlanae tak, że ją można łatwo przyjąć za malarję. Może zjawiać się również febris continua (typhus syphiliticus) albo częściej jeszcze typus hecticus.

Należy również mieć na uwadze gorączkę przejściową

1-2 dni trwającą, a wywołaną stosowaniem swoistych środków (reakcja Hexheimera).

Gorączka syfilityczna zwykle, lecz nie zawsze, szybko ustępuje pod wpływem swoistego leczenia. Powstawanie tej gorączki objaśniają to wtórną infekcją, to autointoksykacją. Sprawa kiłowa w wątrobie istotnie powoduje obfite tworzenie się endotoksyn i produktów rozpadowych. Wsysanie ich może na drodze centralnej wywołać gorączkę. Także perihepatitis może powodować podniesienie temperatury. Należy przytem zaznaczyć, że i w cierpieniach kiłowych innych narządów trawienia zdarzają się niekiedy podniesienia temperatury różnych typów. Marskość kiłowa wątroby niekiedy tworzy się niepostrzeżenie, powoli i wypadkowo bywa dostrzeżona; niekiedy zaś poprzedza ją postać wielkiej gładkiej wątroby.

Rozlane międzymiąższowe zajęcie wątroby występuje często ogniskami. Skutkiem bujania tkanki łącznej tworzą się bardzo szerokie włókniste przegrody, które, ściągając się, dzielą wątrobę na większe lub mniejsze zrazy (hepar lobatum). W miejscach, gdzie wytwarzają się przegrody, miąższ wątroby ulega zanikowi; często bywa on wyrównany przez rozrost miąższu wewnątrz zrazików.

Spostrzegamy również postaci międzymiąższowego syfilitycznego zapalenia wątroby, doprowadzającego do zwykłej gruboziarnistej marskości. Z rozwojem tej sprawy spoistość wątroby staje się twarda, niekiedy chrząstkowata; na przecięciu widać sieć łącznotkankową, złożoną z szerokich szarych pasem, a w okach sieci spostrzegamy żółtawe, okrągławe ziarna różnej wielkości (wątroba ziarnista); są to ocalałe ogniska komórek wątrobowych, zabarwione barwikiem żółciowym i w stanie mniej lub więcej wyrażonego tłuszczowego zwyrodnienia. Według F r e r i c h s a, rozrastanie tkanki łącznej poczyna się od przedłużeń torebki Glissona początkowo pomiędzy zrazikami, a następnie wewnątrz zrazików. I w tem cierpieniu sprawa powstaje pierwotnie w zależności od zajęcia naczyń — drobnych rozgałęzień żyły wrotnej. W naczyniach często spostrzegamy skrzepy, które mogą spowodować zastój w układzie żyły wrotnej. Międzymiąższowe syfilityczne zajęcie wątroby rozwija się zazwyczaj bardzo powoli, m. w. w kilka lat. Często powoduje ono zapalenie przy-

legającej części otrzewny i wywołuje zrosty wątroby z sąsiedniemi narządami. Puchlina brzuszna zjawia się niezawsze, natomiast wcześnie spostrzegamy powiększenie śledziony. Mocz bywa ciemny, czasem żółtaczkowy, wydziela się w niewielkiej ilości i zawiera mniejszą lub większą ilość białka. Śmierć następuje najczęściej skutkiem powikłań przez zapalenie płuc, opłucny, ostry obrzęk płuc lub zapalenie otrzewny; rzadziej występują objawy żółcicy (cholaemia).

Cholecystitis luetica może występować pod postacią objawów kamicy żółciowej: silne bóle w okolicy pecherzyka żółciowego, często wespół z podniesieniem temperatury (bóle niekiedy posiadają charakter strzelających ku prawemu ramieniu), nierzadko wymioty, wrażliwość na ucisk w okolicy pęcherzyka żółciowego, który wyczuwa się jako powiększony, czasem twardy i nierówny; niekiedy wysłuchujemy nad nim tarcie otrzewny; moża zjawić się zółtaczka. Zarazem występuje powiększenie śledziony. Ten objaw jest uważany za dość charakterystyczny dla kiły, gdyż w cholelithiasis zakażonej obrzmienie śledziony, jeżeli występuje, to tylko przejściowo. Kiłowej sprawie zawsze prawie towarzyszy hepatitis s., co ułatwia rozpoznanie. Objawy cholecystitis l., jak i cholangitis l. zwykle szybko zanikają pod wpływem swoistego leczenia.

Często zmiany kiłowe wątroby rozwijają się niepostrzeżenie, w ciągu b. długiego czasu (hepatitis s. latens). Chory skarży się tylko na brak apetytu, wymioty bez przyczyny, uczucie pełności i napięcia w żołądku i inne objawy, bynajmniej nie wskazujące na schorzenie wątroby. Nagle takowe występują, albo autopsja wyjaśnia sprawę.

W kile wrodzonej widujemy w wątrobie często albo międzymiąższowe zapalenie, lub też kilaki. Kilaki ograniczone przeważnie bywają niewielkie. W kile wrodzonej znajdujemy specjalną postać międzymiąższowego zapalenia — hepatitis monocellularis: rozrastająca się tkanka łączna okrąża nietylko poszczególne grupy komórek miąższowych wątroby, lecz nawet pojedyńcze komórki.

Rozpoznanie hepatitis lueticae, jak już z powyżej przytoczonego można wywnioskować, przedstawia często wielkie trudności. Mamy ułatwione zadanie, jeśli można stwierdzić u cho-

rego kiłę, a z drugiej strony zapomocą metod fizykalnych — schorzenie wątroby. RW czasem nas zawodzi, to znów pomagają wywiady lub wyraźne oznaki w innych narządach schorzenia kiłowego. Do pewnego stopnia posiadają znaczenie rozpoznawcze stałe bóle, szczególniej nocne, również powolne powstawanie puchliny brzusznej i wahania w jej rozwoju, podniesienie temperatury, pozatem względnie dobry ogólny wygląd chorego, pomimo ciężkich objawów. Największe jednak rozpoznawcze znaczenie posiada leczenie swoiste.

W rozpoznaniu różniczkowem należy przyjąć pod uwagę malarję, gdy zjawia się typowa dla tej choroby gorączka, jak również wrzód wątroby i ropiejący bąblowiec. Również należy brać pod uwagę abscessus subphrenicus, który także mógł powstać skutkiem zropienia kilaka.

Najczęściej hepatitis gummosa bywa przyjmowana za raka, i istotnie, nawet uwzględniając przebieg, różniczkowe rozpoznanie niekiedy bywa bardzo trudne, szczególniej gdy mamy na względzie rzadkie przypadki pierwotnego raka przewodów żółciowych, mięsaka i mięsaka czerniaczkowego wątroby. Trudności rozpoznawcze przedstawia gruźlica wątroby. Usługę w tych razach może oddać zastrzyknięcie tuberkuliny pod skórę.

Marskość zanikowa, postać Laënnec'a, spowodowana użyciem wyskoku, jak również postać Hanot'a, mogą być odróżniane tylko ex juvantibus.

Wątroba zastoinowa występuje również współcześnie z obrzmieniem śledziony, lecz wątroba w tych razach jest równomiernie powiększona, o brzegach okrągłych, a śledziona wrażliwa na ucisk. Wielka i miękka stłuszczona wątroba nie podlega wpływom środków swoistych, i nie towarzyszy jej obrzmienie śledziony. Skrobiawica wątroby może, między innemi występować również w końcowych okresach hepatitis s. Wtedy wątroba bywa powiększona, twarda, niewrażliwa i niezrazowata; ułatwiają rozpoznanie: obrzęk, brak przerostu serca i w moczu duża ilość białka, mało lipoidów, woskowate wałeczki, normalny ciężar gatunkowy jasnego moczu. Należy również zwrócić uwagę na icterus haemolyticus, występujący czy to rodzinnie, czy w odosobnionych przypadkach, na schorzenia krwi (leukaemia), lymphogranulomatosis, chorobę Banti'ego, normalną zrazowatą

wątrobę, bliznowatą po urazach, kamicę żółciową i zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz przewodów żółciowych.

Także mogą dać powód do omyłek sprawy zapalne i nowotworowe, występujące w sąsiednich narządach.

Leczenie kiły wątroby wymaga specjalnej uwagi i umiejętności, gdyż nieodpowiednia kuracja może wywołać żółtaczkę, może spowodować ostrą żółtą marskość wątroby. Bismut, rtęć i arszenik należą do rzędu ciężkich metali, których nadmierne użycie wywołuje zmętnienie miąższowych komórek, szczególniej tak wrażliwych, jak wątroby, i ich tłuszczowe zwyrodnienie. W czasie wielkiej wojny ogólno-światowej, gdy zaczęto stosować olbrzymie dawki neosalvarsanu po 12,0 i więcej na kurację w ciągu b. krótkiego czasu, zaczęła zjawiać się w następstwie żółtaczka i ostra żółta marskość wątroby. Arndt spostrzegał w Berlińskiej Klinice w ciągu jednego roku aż 231 przypadków żółtaczki po neosalvarsanie, a w Ingolstadt'cie—endemję z 21 przypadków żółtaczki, z tej liczby 13 osobników zmarło na ostrą żółtą marskość wątroby. Takich masowych żółtaczek z przejściem w hepatitis acuta flava po neosalvarsanie notowano sporo, podczas gdy Burczyński do 1907 zebrał w literaturze wszystkiego 45 przypadków tej choroby skutkiem syfilisu. Należy również pamiętać, że bismut, a szczególniej neosalvarsan działają b. szybko na zajętą przez kiłę tkankę, wywołując niekiedy silne przekrwienie (odczyn Herxheimera).—Wobec tego należy wystrzegać się tych środków, lub stosować je początkowo bardzo ostrożnie, gdy pragniemy uniknąć zbyt silnego odczynu w schorzałej tkance.

Z pomiędzy rtęciowych preparatów, oprócz wcierań po 1,5—2,0 ungt. hg. resorb , stosujemy chętnie salyrgan dożylnie. Zazwyczaj podajemy wtedy zarazem jod w postaci sol. natri jodati po 1,0—2,0 wewnątrz dziennie, albo jodglidynę, lipojodynę, jodlecitynę, w razie podrażnienia żołądka i kiszek—zastrzyki domięśniowe 10% jodipini albo natrii jodati w ilości 5—10 ccm. co drugi—trzeci dzień.

Z pomiędzy preparatów bismutu najlepiej stosować jodobismutchininę lub bismogenol domięśniowo.

Neosalvarsan powinien być stosowany z wielką ostrożnością w kilakach wątroby, od 0,15—0,3 co tydzień, w ogólnej

ilości 1,5—2,0, a w innych postaciach, szczególniej wobec żółtaczki, należy zaniechać tego preparatu, jak również leczenia malarją. Zarazem zalecamy choremu odpowiednią dietę (wystrzegać się ostrych, obfitujących w tłuszcze i ciężkostrawnych potraw), dbać o umiarkowane stolce, unikając drastycznych rozwalniających środków. Można zalecić środki żółciopędne: natrium salicylicum, natrium choleinic. i t. p., wody mineralne, jak Morszyn, Truskawiec, Karlsbad, Tarasp, Marienbad, Kissingen i t. p. i odpowiednie do okoliczności środki objawowe.

Drukarnia „SIŁA", Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8.34 48.